BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

IMPÉRIALE

DE CHIRURGIE

DE PARIS


IMPRIMERIE J. CLAYE
RUE SAINT BENOIT 7
PARIS

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ

IMPÉRIALE

DE CHIRURGIE

DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1866.

2e SÉRIE

TOME SEPTIÈME.



PARIS

VICTOR MASSON ET FILS

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1867



BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE DE PARIS

SÉANTE RUE DE L'ABBAYE.

SÉANCE DU 3 JANVIER 1866.

Présidence de M. BROCA.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de médecine;

La Gazette médicale de Strasbourg ;

Le Bulletin général de thérapeutique ;

Les Archives générales de médecine.

M. Ehrmann (de Mulhouse) adresse des observations et des moules d'opérations de palatoplastie qui sont remis à M. Verneuil, pour en donner une communication complète.

M. LARREY offre à la Société, de la part de M. Daga, une brochure intitulée : *Du Psoïtis;* et de la part de M. Th. Longmore, une brochure intitulée : *Remarques sur l'ostéomyélite consécutive aux coups de feu,* etc.

M. VERNEUIL présente la thèse inaugurale de M. Cluzeau intitulée : *De quelques fractures rares du maxillaire inférieur.*

M. DEPAUL s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

ÉLECTIONS.

M. le Président procède par voie de tirage au sort à la nomination d'une Commission chargée de l'examen des archives.

Cette Commission se trouve composée de MM. Guérin, Chassaignac et Després.

Un deuxième tirage au sort a lieu pour la nomination d'une Commission composée de cinq membres chargés d'examiner les comptes du trésorier.

Cette Commission se trouve composée de MM. Danyau, Boinet, Désormeaux, Dolbeau et Depaul.

Comité de publication. — A la majorité absolue sont nommés du Comité : MM. Foucher, Follin, Marjolin.

Commission des congés. — Sont nommés membres de cette Commission : MM. Boinet, Forget, Dolbeau.

La Société procède ensuite à l'élection d'un membre associé étranger.

Sur 28 votants :

M. Vanzetti (de Padoue) obtient 27 suffrages.
M. Marion Sims . . . . . . 1 —

En conséquence, M. Vanzetti est élu membre associé étranger.

CORRESPONDANTS NATIONAUX.

Sur 29 votants :

MM. Gaujot obtient 29 voix.
Courty. . . . 28 —
Oré. . . . . 28 —
Pétrequin. . . 26 —
Hergott . . . 25 —
Ehrmann . . . 23 —
Bœckel. . . . 22 —
Berchon . . . 20 —
Heurtaux . . . 20 —

En conséquence sont nommés membres correspondants nationaux :

MM. Gaujot, Courty, Oré, Pétrequin, Hergott, Erhmann, Bœckel, Berchon, Heurtaux.

CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

Sur 28 votants :

MM.	Donders obtient.	28	voix.
	Th. Longmore	27	—
	Bilroth	26	—
	Brown-Séquard	26	—
	T. Holmes	25	—
	Humphry.	25	—
	Gurlt	24	—
	Heudorfer	24	—
	Smith.	23	—
	Emmert	22	—

La séance est levée à cinq heures et un quart.

Le secrétaire annuel, Hipp. Blot.

SÉANCE ANNUELLE DU 10 JANVIER.

Présidence de M. BROCA.

M. BROCA, président sortant, rend compte de l'état de la Société. (Voir à la fin du volume de 1865).

M. LEGOUEST, secrétaire général, fait le compte rendu annuel des travaux de la Société. (Voir à la fin du volume de 1865). Il proclame ensuite les noms des lauréats et ceux des nouveaux membres de la Société.

PRIX DUVAL.

Messieurs,

La Société de chirurgie décerne, tous les ans, à l'auteur de la meilleure thèse inaugurale soutenue dans l'année, un prix fondé par la générosité de l'un de ses anciens membres honoraires, M. René Duval.

L'an dernier, aucun des candidats qui ont présenté leur thèse au concours ne réunissant les conditions du programme dicté par le donateur, la Société n'a pas eu à donner le prix. Cette année, la commission nommée pour examiner les thèses de nos jeunes confrères en a reçu huit et leur a rendu la justice qu'elles méritent. Mais tout en s'applaudissant d'avoir eu à examiner des travaux di-

gnes d'intérêt, elle fait remarquer que plusieurs d'entre eux sont purement théoriques, traitent de sujets de pathologie spéciale et s'éloignent ainsi des vœux exprimés par M. Duval. C'est pourquoi nous rappellerons que le prix Duval a été institué pour les thèses de chirurgie pure soutenues dans l'année, ayant surtout un caractère pratique, et particulièrement composées d'observations recueillies pendant le séjour de leurs auteurs dans les hôpitaux.

D'après le rapport de votre commission, le prix Duval, pour 1865, a été accordé à M. E. Cruveilher pour sa thèse *sur les abcès des os*, et une mention honorable à M. Duplay pour sa thèse *sur les collecsions séreuses et hydatiques de l'aine*, et à M. Perret pour sa thèse *sur les tumeurs sanguines intra-pelviennes pendant la grossesse.*

NOMINATIONS DE NOUVEAUX MEMBRES.

Dans sa séance du 3 janvier, la Société a nommé

ASSOCIÉ ÉTRANGER :

M. le docteur Vanzetti de Padoue.

MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX :

MM. Gaujot, professeur agrégé au Val-de-Grâce;
Courty, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier;
Oré, chirurgien de l'hôpital Saint-André et professeur à l'École de médecine de Bordeaux;
Pétrequin, ancien chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu et professeur à l'École de médecine de Lyon;
Hergott, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg;
Ehrmann, de Mülhouse, ancien chef des travaux anatomiques à l'École de médecine d'Alger;
Bœckel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg;
Berchon, ancien chef des travaux anatomiques à l'École navale de Rochefort, directeur du service de santé de la Gironde, à Pauillac;
Heurtaux, professeur suppléant à l'École de médecine de Nantes, chirurgien suppléant à l'Hôtel-Dieu.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS :

MM. Bilroth, professeur de chirurgie à Zurich;
Brown-Séquard, grand prix de l'Institut de France, professeur de physiologie à Richmond;

Donders, professeur de physiologie et d'ophthalmologie à Utrecht ;

Gurlt, professeur de chirurgie à Berlin ;

Emmert, professeur de chirurgie à Berne ;

Holmes, chirurgien de l'hôpital Saint-Georges, à Londres ;

Humphry, chirurgien de l'hôpital Addenbrooke, à Cambridge ;

Longmore, inspecteur général adjoint des hôpitaux militaires, professeur à l'École de chirurgie militaire de Netley (Angleterre) ;

Neudorfer, professeur de chirurgie militaire à Prague ;

Smith, chirurgien de l'hôpital de Belle-Vue, à New-York.

M. BLOT, secrétaire annuel, lit une Notice scientifique sur la vie et les travaux de Cazeaux. (Voir les *Mémoires de la Société*).

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 17 JANVIER 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. BROCA, président sortant, prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers Collègues,

Au moment de descendre de cette estrade où, sous des titres divers, vos suffrages m'ont si longtemps maintenu, j'éprouve le besoin de vous exprimer toute ma gratitude. Vous m'avez nommé successivement secrétaire annuel, secrétaire général, vice-président, et l'année dernière, enfin, vous m'avez fait l'honneur de m'appeler à vous présider. Je suis fier d'avoir obtenu tant de marques de votre confiance, et si quelque chose m'a manqué pour m'en montrer digne, ce n'est du moins, j'ose le dire, ni le zèle pour les intérêts de la Société, ni le sentiment profond de reconnaissance que je lui dois.

J'invite M. le président Giraldès à prendre possession du fauteuil de la présidence.

M. GIRALDÈS, en prenant la présidence pour l'année 1866, prononce l'allocution suivante :

Messieurs et très-chers Collègues,

En prenant la place occupée par mon éminent collègue, avant d'inaugurer les travaux de l'année, j'ai un double devoir à remplir : demander à la compagnie de voter des remercîments à son bureau de l'année dernière, et en particulier à son président, M. Broca.

La Société se rappelle que c'est à l'initiative intelligente, à l'active et constante intervention de son dernier président, que des mesures d'ordre intérieur, dans le but de développer l'influence et la prospérité de la Société de chirurgie, ont été proposées et adoptées. Les résultats heureux qu'elles ont déjà produits vous ont été exposés dans la séance annuelle. M. Broca, en sa qualité de secrétaire général ou de président de la Société de chirurgie, a mis sans hésitation au service de la compagnie son zèle, son temps et son activité ; sa présidence comptera comme une des plus utiles à la Société impériale de chirurgie.

Il me reste, Messieurs, un autre devoir, et celui-ci m'est bien doux à accomplir : j'ai à prier mes collègues de recevoir mes vifs remercîments, ma profonde reconnaissance pour l'honneur qu'ils m'ont déféré en m'appelant à diriger vos travaux. Mais, Messieurs, l'honneur que vous avez bien voulu m'accorder me rend un peu exigeant, et je vous prie de le compléter en me prêtant votre concours et votre bienveillante sympathie pour m'aider à remplir les délicates fonctions que vous m'avez confiées.

C'est surtout à nos jeunes collègues que je m'adresse plus particulièrement. A eux, en effet, incombe la mission de tenir notre compagnie le plus près possible du tourbillon scientifique, et d'en mesurer les oscillations ; il leur appartient d'appeler devant vous les découvertes récentes et les faits controversés. C'est au sein de la Société de chirurgie qu'ont germé et se sont développées des questions chirurgicales importantes, portées plus tard en pleine fleur dans une autre enceinte. Sans doute, certains faits de chirurgie peuvent recevoir ailleurs un plus grand retentissement, ici ils sont mesurés et pesés à leur juste valeur. Rappelez-vous, enfin, que des découvertes ou des nouveautés douteuses évitent soigneusement votre contrôle, pour aller s'étaler pompeusement ailleurs.

Messieurs, l'art et la science de la chirurgie ne sont pas cantonnés dans le périmètre des fortifications de Paris, elle ne reconnaît point de frontières. Suivez donc d'un œil attentif les progrès de notre science, ne laissez point sommeiller dans les oubliettes de vos car-

tons les travaux envoyés des départements et de l'étranger ; les confrères qui s'adressent à nous ont droit à être entendus. A vous donc, jeunes collègues, la tâche d'entretenir le feu sacré parmi nous, et de maintenir toujours cette excitation intellectuelle, âme des sociétés scientifiques. Rappelez-vous, enfin, que la devise de la Société impériale de chirurgie : « Vérité dans la science, » comprend aussi : « Travail et progrès. »

CORRESPONDANCE.

MM. Berchon, directeur du service sanitaire de la Gironde ;
Bœckel, professeur agrégé à l'École de médecine de Strasbourg ;
Ehrmann, de Mulhouse, ancien chef des travaux anatomiques à l'École de médecine d'Alger;
Hergott, professeur agrégé à l'École de médecine de Strasbourg;
Heurtaux, professeur à l'École secondaire de médecine de Nantes ;
Oré, professeur de physiologie à l'École secondaire de médecine de Bordeaux;
Pétrequin, professeur de pathologie externe à l'École secondaire de médecine de Lyon ;

Adressent des lettres de remercîments à l'occasion de leur nomination de membres correspondants.

La Société reçoit également des lettres de remercîments de MM. T. Holmes, de Londres, et Thomas Longmore, nommés membres correspondants étrangers.

— M. LARREY offre au nom de M. le docteur H. Lespiau, médecin-major à l'hôpital du Gros-Caillou, un mémoire intitulé : *Exposé clinique des blessures de guerre soignées dans les hôpitaux militaires français de Puebla et de Cholula.*

— M. VERNEUIL présente *le Traité de Laryngoscopie* de M. le professeur V. Bruns, de Tubingen.

Galvano-caustique chimique. — M. le professeur VELPEAU présente, au nom de M. le docteur L. Ciniselli, membre correspondant, un mémoire imprimé renfermant une série d'observations sur l'emploi de la galvano-caustique chimique. Ce travail est accompagné de la lettre suivante :

A la Société impériale de chirurgie de Paris.

Messieurs,

Les derniers mots prononcés par M. Dolbeau, à la séance du 27 dé-

cembre, à l'occasion de la discussion sur le traitement des polypes naso-pharyngiens, m'obligent de communiquer à cette savante Société mes observations à l'appui de son opinion sur l'importance que l'électro-chimie va acquérir dans le traitement de cette maladie. Je fais d'autant plus volontiers cette communication à la Société de chirurgie, qu'elle a eu la complaisance d'écouter celle que j'ai faite en 1860 (séance du 5 septembre). J'appelais son attention sur les cautérisations électro-chimiques, en lui montrant, avec l'appui des expériences et des faits cliniques, le parti que la chirurgie pourrait tirer de cette nouvelle méthode de cautérisation, que j'appelais *galvano-caustique chimique*, pour la distinguer de la galvano-caustique jusqu'alors connue, opérée par la chaleur électrique que je signalais par le nom de *thermique*. La théorie relative, les histoires choisies parmi les maladies traitées, les règles pour son application, ont été exposées dans mes *Études de l'action chimique de l'électricité sur les tissus vivants et de ses applications à la thérapeutique*, publiées en 1862, que j'ai présentées à cette Société, avec un résumé qui a eu l'honneur d'être imprimé dans ses Bulletins.

Maintenant j'envoie en hommage à la Société un recueil d'observations de galvano-caustique chimique, qui vient de paraître dans les *Annali Universali di Medicina*. Ce recueil se compose d'observations de grenouillette, de tumeur cancéreuse (observation de grand intérêt pratique), de rétrécissement de l'urètre, de polype nasal, de tumeur érectile pulsatile. Quant au polype naso-pharyngien, le recueil ne renferme que l'observation présentée par M. Nélaton à l'Académie des sciences, en 1864, parce qu'aucun cas de cette nature ne s'est présenté à ma pratique depuis 1856, époque à laquelle j'ai commencé à traiter des tumeurs et différentes maladies par l'action électro-chimique du courant. Cependant les observations recueillies, et en particulier celles qui se rapportent aux polypes des fosses nasales, sont en faveur de l'opinion de M. Dolbeau, et je crois que c'est à l'électro-chimie de faire disparaître de la pratique les opérations qui l'ont précédée dans le traitement des polypes naso-pharyngiens.

En effet, les guérisons déjà obtenues par l'illustre clinicien de Paris, confirmées depuis longtemps dans une maladie dont la récidive est si facile, sont encourageantes ; il ne manque que des observations nombreuses pour assurer que la guérison qu'on obtient par son emploi est radicale.

Sous ce point de vue, les deux observations de mon recueil, relatives au polype nasal, ne sont pas dépourvues d'intérêt.

Dans un cas, le polype occupait la fosse nasale dans toute son

étendue, déplaçant la cloison et l'os du nez correspondant ; il a été détruit en neuf séances par la galvano-caustique alcaline, je veux dire par l'introduction dans sa masse d'une seule aiguille communiquant avec le pôle négatif (Obs. XII).

L'autre cas (Obs. XIII) regarde un enfant de vingt-deux mois, dont le polype, après avoir rempli la fosse nasale et avoir déplacé l'os du nez correspondant, se fit jour à la région lacrymale, et grossit au point de chasser le globe oculaire hors de l'orbite. C'est sur la tumeur orbitaire que la galvano-caustique a été appliquée, en ayant soin d'enfoncer les aiguilles à travers la perforation de l'unguis qui avait livré passage au polype. Cinq séances suffirent pour débarrasser le petit malade de la cruelle maladie. La tumeur orbitaire détruite, l'œil reprit sa place, la cavité nasale devint libre, et l'ouverture de l'unguis se ferma.

Mais, chose remarquable sur laquelle je rappelle votre attention, honorables Messieurs, les restes de la tumeur qui existaient encore après la chute des eschares, sans apparence de mortification, disparurent spontanément. Une de ces guérisons date de six mois, l'autre de cinq, constatées par des examens successifs.

Ce fait, qui pourrait inspirer des doutes, et qui d'abord est surprenant, est peut-être confirmé par les observations mêmes rapportées par M. Dolbeau, empruntées à la pratique de M. Nélaton ; car je suppose que l'illustre professeur n'aura pas attaqué la racine des tumeurs, mais qu'il aura implanté les aiguilles dans leur masse.

Bien que surprenant, cependant il me semble que le phénomène peut trouver une explication facile, en considérant que l'action du courant ne peut pas manquer tandis qu'on cherche ses effets chimiques, qu'on s'en est servi pour résoudre les engorgements chroniques des glandes cervicales ; qu'elle déploie toute sa force lorsque le courant est transmis à l'aide de l'acupuncture, comme dans les cas dont il est question.

En me tenant à des observations répétées, je puis affirmer que la diminution des tissus pathologiques traités par la galvano-caustique chimique n'est pas proportionnée à la destruction matérielle opérée ; elle est toujours plus grande et continue encore quelque temps après la chute des eschares ; je puis affirmer aussi que le tissu pathologique, débarrassé des eschares, occupe la place de celles-ci, au lieu de présenter une cavité, comme après la chute des eschares faites par les caustiques chimiques ; la masse du tissu pathologique, qui semble avoir acquis une contractilité particulière, revient sur ellemême d'une manière sensible et extraordinaire.

C'est aux observations cliniques nombreuses de confirmer ces faits

qui promettent d'apporter à la pratique chirurgicale de grands avantages. La Société de chirurgie est appelée à en apprécier au juste la valeur.

COMMUNICATIONS.

M. SERRES (d'Alais), membre correspondant, fait à la Société diverses communications sur les sujets suivants :

Fistules pharyngiennes bilatérales. — La rareté de ces fistules congéniales m'engage à porter à votre connaissance trois cas observés dans ma pratique.

Le premier sujet offert à mon examen était une jeune fille d'une dizaine d'années. Elle avait sur les parties latérales du cou, au-dessous de l'angle de la mâchoire, sur le bord antérieur du muscle cléido-mastoïdien, à droite et à gauche, une très-petite ouverture fistuleuse, depuis sa naissance, ayant la dimension de points lacrymaux, avec un léger enfoncement infundibuliforme.

Par cette ouverture sortait un liquide filant, clair comme de la salive.

Un petit stylet pénétrait facilement dans ces deux fistules, mais n'arrivait jamais dans le pharynx ; — mais une injection colorée pénétrait dans l'arrière-gorge, au-dessous des amygdales.

Cette infirmité fut guérie par les injections de teinture d'iode pure.

Deux autres sujets atteints de la même maladie, mais beaucoup plus jeunes, ont paru à ma consultation et n'y sont plus revenus.

Traitement des ophthalmies dites catarrhales et des ophthalmies scrofuleuses, ulcéreuses, vésiculeuses. — Quel que soit le caractère de ces ophthalmies, pourvu qu'elles n'aient pas une origine traumatique, elles guérissent toutes à peu près et fort rapidement par le badigeonnage extérieur des paupières légèrement closes, avec un pinceau trempé dans l'eau pure, passé et repassé plusieurs fois dans l'azotate d'argent ou bien trempé dans une solution titrée à 60 centigrammes pour 10 grammes, ou bien encore par l'application d'un morceau de linge recouvert d'une couche de pommade faite avec 60 centigrammes du même sel et 10 grammes d'axonge qu'on laisse séjourner huit à dix minutes sur les paupières fermées.

Si la peau devient noirâtre à la suite de ce pansement, les paupières tuméfiées s'affaissent, se rident, s'ouvrent, la photophobie disparaît; l'œil supporte la clarté du jour ; cette amélioration se manifeste en sept ou huit heures, avec un changement accentué dans la couleur conjonctivale.

L'ophthalmie catarrhale, souvent fort rebelle, guérit en deux ou trois pansements.

Quant aux ophthalmies ou conjonctivites vésiculeuses, ulcéreuses,

il faut renouveler ces pansements une fois par jour, le matin ou le soir, pendant une quinzaine de jours au plus, pour assurer la guérison.

Si on les suspend trop tôt, l'inflammation strumeuse reparaît avec une sorte de fureur, le gonflement de la conjonctive est extrême, l'écoulement abondant, les granulations vésiculeuses se dessinent dès que les paupières ont repris leur couleur normale. Mais dans les quelques heures qui suivent le nouveau badigeonnage, si la peau est bien noircie, tout rentre dans l'ordre et s'y maintient sous l'influence de cette coloration.

Il n'est pas utile que le remède azotique argenté pénètre dans l'œil, mais il faut qu'il affleure la zone ciliaire de chaque paupière.

Des expériences nombreuses et comparées démontrent l'inefficacité douloureuse de l'introduction du caustique au contact conjonctival, et la puissante action thérapeutique du badigeonnage noircissant sans surexciter la sensibilité.

L'état de la peau des paupières, souvent recouverte de vésicules simples ou ulcérées, de croûtes eczémateuses, contre-indique momentanément l'emploi de notre médication. On diminue ces complications avec les bains sulfureux ou les bains de sublimé, à la dose de 6 ou 8 grammes, en ayant la précaution de laver les deux yeux et la figure tout le temps de l'immersion avec un linge trempé dans l'eau du bain lui-même; puis on revient au badigeonnage, si l'inflammation conjonctivale ou cornéenne survit à celle de la peau.

La rapidité et la constance des résultats obtenus par la formule du badigeonnage noircissant mettent en évidence et hors de doute les rapports immédiats de l'effet à la véritable cause.

Granulations du cartilage tarse supérieur, entretenant les kératites et altérant la transparence de la cornée, traitées avec succès par l'acide chromique monohydraté. — Ces granulations, dures, saillantes, acquièrent souvent et dépassent même le volume d'une grosse tête d'épingle : elles sont séparées par des sillons profonds ; elles sont très-réfractaires aux caustiques généralement employés et aux modificateurs plus doux, tels que l'acétate de plomb, etc., qu'on leur oppose avec tant de persévérance.

Complétement édifié sur la lenteur de ces remèdes ou leur inutilité, j'ai dû tenter l'ablation partielle du cartilage dans sa partie la plus granulée. Cette opération, d'ailleurs fort simple, a été pratiquée plusieurs fois avec l'assurance d'avoir sauvé des yeux gravement compromis.

Quand j'ai eu connaissance des résultats obtenus en Belgique par l'usage de l'acide chromique, j'ai dû aussi tenter cette voie nouvelle de guérison.

Les premiers essais faits avec l'acide chromique tout à fait liquide ayant été nuls, j'en ai entrepris d'autres avec l'acide chromique cristallin à l'état pâteux ou monohydraté. Les succès ont été complets, saisissants.

Un petit fragment, gros comme une lentille, est déposé sur du verre, au contact de l'air ; il tombe en déliquium.

Un corps long et arrondi à son extrémité principale est légèrement mouillé ; on le passe sur les granulations du cartilage tarse, préalablement renversé et abaissé de façon à protéger l'œil ; puis, avec un linge fin, on essuie de manière à enlever l'excès d'acide et empêcher que la moindre particule de celui-ci soit mise en contact avec la conjonctive oculaire recouverte ; après une minute d'exposition à l'air, les granulations ayant toutes un aspect jaunâtre, desséché, on explore la surface malade pour s'assurer s'il y a lieu de passer l'acide sur des points échappés à la première application. Quand le second badigeonnage complémentaire est terminé, un pinceau trempé dans l'eau fraîche est passé sur le cartilage pour enlever l'acide non combiné avec la végétation ; le pansement est fait.

Il suffit de deux à huit pansements, à cinq jours d'intervalle, pour guérir cette maladie, sans laisser les traces de tissus inodulaires que déterminent, sur la conjonctive tarsienne, les agents de cautérisation habituellement employés, et pour rendre à la cornée toute sa transparence.

La douleur provoquée par l'application est à peu près nulle ; les malades peuvent reprendre immédiatement après leurs occupations accoutumées.

On peut rigoureusement mettre hors de cause l'action caustique du remède, si l'on veut se rendre compte du mode d'effet de l'acide chromique contre les granulations d'apparences variqueuses. La combinaison chimique est trop limitée pour expliquer la guérison par ces destructions successives si peu proportionnées avec la grandeur des effets thérapeutiques.

Ophthalmie purulente. — Si l'on examine attentivement un œil atteint d'ophthalmie purulente, on remarque en général que chaque quart d'heure le pus infecteur et corrodeur s'accumule entre le globe oculaire et les paupières agglutinées, qu'il jaillit avec une certaine force dès qu'on lui ouvre une issue en les séparant.

Partant de ce fait important, il faut, pendant trois jours consécutivement, tous les quarts d'heure pendant le jour, toutes les demi-heures pendant la nuit, ouvrir les paupières et enlever le pus formé soit avec un pinceau trempé dans l'eau tiède, légèrement miellée et vinaigrée, soit avec une seringue chargée du même liquide.

J'affirme que ce traitement, si souvent employé dans l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, m'a rendu et me rend chaque jour les services les plus signalés et les plus constants, lorsqu'il est suivi avec une religieuse exactitude au moment nécessaire.

Mais pour obtenir la ponctuelle observation du traitement, il faut donner à ces prescriptions une sanction morale énergique, en déclarant à la mère qu'on la rend responsable de la guérison ou de la perte des yeux de son enfant.

Le troisième jour, le danger est conjuré et la mère, charmée d'avoir pleinement réussi, oublie ses insomnies, les peines passées, sans rancune pour la rigueur des prescriptions d'ailleurs si en rapport avec les chances à courir.

C'est ici le cas de rappeler les effets du badigeonnage noircissant pour arrêter de bonne heure les ophthalmies catarrhales des jeunes enfants et même des adultes, car ces affections sécrétantes légères sont parfois des signes prémoniteurs trop souvent méconnus.

Chémosis. — Quand d'une manière tout exceptionnelle le chémosis prend dans cette maladie une prédominance marquée sur la purulence, comme dans toutes autres inflammations oculaires, il est urgent d'inciser la cornée et la sclérotique, pour faire cesser l'étranglement qui étouffe la cornée et la mortifie ; une longue expérience m'a démontré la prééminence de ces moyens sur tous les autres ; la nature elle-même nous montre souvent cette voie libératrice d'un essai de pression en ouvrant (trop tard souvent) elle-même la cornée par une perforation ulcéreuse.

DISCUSSION.

Ophthalmie purulente des nouveau-nés.

M. VELPEAU. Les moyens de traitement que vient de préconiser M. Serres, et les résultats qu'il en obtient sont trop en dehors de ce que nous voyons habituellement, pour que je ne croie pas nécessaire de demander à notre collègue des renseignements plus précis. L'ophthalmie scrofuleuse est pour moi une kératite avec ulcération. Cela paraît être dans la bouche de M. Serres une dénomination vague embrassant plusieurs espèces d'inflammations oculaires. Le badigeonnage au nitrate d'argent de la surface externe des paupières s'adresse-t-il plus particulièrement à l'une ou l'autre de ces lésions, ou les guérit-il toutes ?

M. SERRES. L'ophthalmie scrofuleuse est une affection complexe, elle tend à la chronicité, elle s'accompagne entre autres phénomènes persistants de photophobie, et l'on trouve, en ouvrant les paupières,

des lésions variables. Quelles que soient ces lésions, le badigeonnage des paupières m'a donné de bons résultats. Je fais exception bien entendu pour les granulations, contre lesquelles j'ai mis en usage l'acide chromique.

M. LE FORT. Le nitrate d'argent agit-il chimiquement ou simplement en colorant en noir la surface externe des paupières?

M. SERRES. J'ai vu le nitrate d'argent appliqué directement sur la conjonctive ne pas agir. Je ne suis donc pas disposé à invoquer une action chimique d'ailleurs bien difficile à démontrer. Je ne puis cependant admettre que le noircissement des paupières explique l'action de la médication que je préconise. Rien n'est plus fâcheux que de soustraire du contact de la lumière les enfants atteints d'ophthalmies scrofuleuses. Il est d'ailleurs difficile de se rendre un compte exact de beaucoup d'autres médications.

M. LE FORT. Je dirai seulement, à propos de cette partie de la communication de M. Serres, que j'ai employé les badigeonnages avec la teinture d'iode et le collodion avec certains avantages, mais sans obtenir les succès dont nous parle notre honorable collègue. Ces moyens m'ont paru surtout utiles pour réprimer la vascularisation, souvent très-notable, des paupières dans l'ophthalmie des nouveau-nés. Le collodion a encore l'avantage de favoriser leur renversement et de faciliter l'écoulement du pus. Mais à propos même de ces ophthalmies purulentes, je ne crois pas que l'on puisse laisser établir que la guérison est la conséquence nécessaire du traitement. J'ai fait laver les yeux chaque heure avec un collyre contenant de la teinture d'iode et de la glycérine, et j'ai vu cependant des cornées devenir blanchâtres, deux fois elles se sont perforées. J'ai vu aussi l'ophthalmie persister avec toute sa force après la perforation. Je m'éloignerais donc encore ici des idées professées par M. Serres, et n'oserais suivre son exemple en ponctionnant un œil atteint d'ophthalmie purulente. Pour juger une semblable méthode, il faudrait d'ailleurs une statistique bien complète.

M. FOLLIN. M. Serres m'a paru confondre les formes graves et légères des ophthalmies. La conjonctivite simple, dite catarrhale, guérit très-simplement par quelques lotions, des astringents, quelquefois spontanément. Quant à l'ophthalmie dite scrofuleuse, si bien étudiée par nous dans sa forme anatomique, c'est une kératite pustuleuse ou ulcéreuse. Les caustiques violents me paraissent condamnables; l'atropine, les lotions chaudes, le régime, le changement de climat, agissent efficacement. Le temps est souvent un indispensable auxiliaire; mais à une certaine période les révulsifs, en particulier les vésicatoires sur les paupières, préconisés par M. Velpeau, peuvent

déterminer la guérison. Il y a donc, dans ces cas complexes, des indications variées à remplir, qui sont gouvernées et par l'espèce morbide, et par ses phases, et par l'état de santé du malade. Aussi ne puis-je m'empêcher de remarquer que le moyen préconisé par M. Serres répond à bien des indications et résout bien des difficultés. Je ne dirai rien de l'emploi de l'acide chromique, que je n'ai pas essayé contre les granulations palpébrales. Je reste, je l'avoue, un peu surpris de la rapidité si grande de la guérison, même avec un agent si énergique.

M. TRÉLAT. J'ai eu presque constamment à traiter des ophthalmies purulentes à la Maternité depuis deux ans. C'est après quelques tâtonnements que je suis arrivé à adopter une méthode uniforme de traitement. Je dois dire qu'après avoir essayé en particulier, et dans les meilleures conditions de bonne exécution, les lavages répétés simples, je suis resté convaincu qu'ils n'étaient suffisants que dans les cas très-simples. Pour peu que l'ophthalmie soit grave, il faut des collyres, et je suis arrivé à formuler des solutions beaucoup plus énergiques que celles que j'employais au début; je n'ai qu'à m'en louer. Les lavages viennent admirablement en aide aux collyres. Mais il est certains cas où je suis obligé de scarifier les conjonctives. Enfin, je recours avec grand avantage au sulfate de cuivre à une période plus avancée, lorsque la maladie se prolonge. Il est des circonstances où même, avec cet appareil de moyens, l'on ne réussirait pas si l'on n'isolait pas les enfants. Les résultats que j'obtiens sont satisfaisants. J'ai perdu l'année dernière cinq ou six yeux; mais dans l'immense majorité des cas j'ai pu arriver sûrement à la guérison.

M. GUYON. J'ai eu à traiter, dans les hôpitaux de Villas et Cochin, un nombre assez grand d'ophthalmies purulentes des nouveau-nés: chez un seul enfant un des yeux a été perdu. Le traitement que j'ai mis en usage est analogue à celui que préconise M. Trélat. Je crois seulement qu'il est plus utile de répéter les applications des collyres que d'en élever le titre. Aussi je ne dépasse jamais un gramme pour trente. Si l'ophthalmie est grave, trois applications sont régulièrement faites dans les vingt-quatre heures. Les irrigations et lavages, déjà préconisés par M. Chassaignac, sont indispensables dans tous les cas, et peuvent suffire pour les ophthalmies catarrhales. Les scarifications rendent de véritables services dans les cas de vascularisation auxquels faisait allusion M. Le Fort; mais leur usage est assez limité.

M. DEPAUL. La marche de cette discussion m'amène aussi à dire ce que j'ai fait à l'hôpital des Enfants Assistés, et depuis trente ans à la clinique d'accouchement. M. P. Dubois affirmait qu'il est infini-

ment rare qu'un enfant perdît les yeux lorsqu'il était soigné d'une manière convenable. Je puis soutenir la réalité de son dire. Et cependant le traitement que préconisait M. P. Dubois, le seul auquel j'aie recours, est bien simple. Mais il faut qu'il soit exécuté par une personne dévouée, avec le soin le plus minutieux. Je me garde bien, toutefois, de faire réveiller les enfants toutes les demi-heures, comme le veut M. Serres : c'est une torture inutile. Je fais pratiquer les lavages avec une petite seringue; il est facile, avec quelque attention, de parfaitement balayer le pus sécrété par les conjonctives. Deux ou trois fois par vingt-quatre heures sont introduites quelques gouttes d'un collyre au nitrate d'argent, contenant 5 ou 10 centigrammes de sel pour 20 grammes d'eau. Je mets, bien entendu, à part les enfants assistés et ceux qui sont pris au milieu de ces épidémies d'ophthalmies qui précèdent ordinairement les épidémies puerpérales; mais, en dehors de ces conditions spéciales, le traitement que je viens d'indiquer guérit sûrement lorsqu'il est bien appliqué. Le secret de la guérison est surtout dans les soins minutieux.

M. TARNIER. Je suis de l'avis de M. Depaul sur la rareté de la perte des yeux bien soignés. Mais je crois devoir faire une petite rectification à propos de la pratique attribuée à M. Dubois. J'ai eu l'honneur d'être pendant deux années son chef de clinique et j'ai toujours vu mettre en usage dans son service trois collyres désignés sous ces titres : de faible, moyen et fort. Le premier contenait un gramme sur soixante, le second deux sur soixante, et le collyre fort quatre sur soixante.

M. DEPAUL. A l'époque dont nous parle M. Tarnier, M. Dubois, dont la santé était altérée, se faisait souvent suppléer par les agrégés. Il serait donc très-possible que cette modification dans le dosage des collyres ne lui appartienne pas.

M. BLOT. J'exprime tout d'abord le désir que cette discussion continue. Il y a sur le traitement des ophthalmies purulentes des nouveau-nés beaucoup d'idées erronées qu'il importe de combattre. Je ne crois pas cette maladie aussi grave qu'on l'a faite. Pour ma part, depuis dix-huit années, je n'ai pas vu, en ville, perdre un seul œil en se servant simplement des moyens indiqués par M. Depaul. Il ne faut pas, il est vrai, comparer ce que l'on fait à l'hôpital et dans la clientèle, il faut aussi tenir compte des épidémies et du bon élevage de l'enfant, mais je crois cependant qu'il est possible d'établir que la gravité de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés est moindre qu'on n'est habitué à le croire.

M. CHASSAIGNAC. Mes honorables collègues viennent de soulever plusieurs questions qui ne sauraient être approfondies dans cette

séance. Il faudrait surtout bien définir ce que l'on entend par ophthalmie purulente. Il y a, je crois, beaucoup de chirurgiens qui n'en ont jamais vu. Il y en a toujours aux Enfants Assistés, mais songez sur quelle quantité et quelle qualité de population sont prélevés ces petits malades. Je suis pour ma part disposé à soutenir que ce qu'on guérit à si peu de frais n'est pas l'ophthalmie purulente, mais je laisse la parole à M. Serres.

M. SERRES. En principe, je crois très-sage de s'en rapporter aux observations de chacun. J'ai été surpris moi-même des résultats que j'ai obtenus, et c'est ce qui m'a engagé à vous les faire connaître.

Je tiens le plus grand compte des observations de mes honorables collègues, mais je puis, en m'appuyant sur mon expérience, affirmer de nouveau l'utilité et l'innocuité du barbouillage des paupières et des moyens plus effrayants qui consistent à détruire les granulations par l'acide chromique, ou à ponctionner obliquement la cornée dans le chemosis. L'on m'a objecté que c'était tourmenter inutilement un enfant que de le déranger toutes les demi-heures, mais à peine dix minutes se sont écoulées que du pus est déjà sécrété. J'ai réussi et je reconnais que l'on peut réussir autrement, mais j'ai réussi sans employer les caustiques et c'est la pratique que j'ai cru devoir recommander, après l'avoir exclusivement adoptée.

La discussion est mise à l'ordre du jour de l'une des prochaines séances.

M. BROCA. La première observation de M. Serres passe inaperçue au milieu de la discussion. Elle est des plus intéressantes comme siége particulier des fistules congéniales du cou. Ces fistules qui résultent d'un arrêt de développement, de l'oblitération incomplète de la première fente branchiale, sont fort rares.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 24 JANVIER 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Le Dr Gurlt, professeur de chirurgie à l'Université de Berlin et

M. le professeur Bilroth, de Zurich, nommés membres correspondants étrangers, adressent une lettre de remerciements.

La Société reçoit en outre les journaux de la semaine, et deux mémoires de M. le docteur C. L. Sandras, l'un sur la diathèse urique, l'autre sur la digestion et l'alimentation.

RAPPORT.

M. DESPRÉS fait un rapport oral sur une observation de réduction de luxation ancienne du coude datant de onze semaines, lue devant la Société, par le docteur Lala (de Rodez).

M. Després propose d'adresser une lettre de remerciements à l'auteur et de déposer son travail aux archives.

Les conclusions mises aux voix sont adoptées.

DISCUSSION.

Traitement des polypes naso-pharyngiens.

M. VERNEUIL. Je me propose, en prenant la parole dans ce nouveau débat, d'examiner quelques propositions émises par MM. Legouest et Dolbeau. En l'absence du premier, je m'adresserai seulement aujourd'hui au second. J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt la communication qu'il nous a faite et la bonne nouvelle d'une méthode plus capable que les autres d'attaquer et de vaincre les terribles polypes naso-pharyngiens.

Je connaissais la première tentative de M. Nélaton. Ces essais ont été poursuivis avec des résultats encourageants, et cinq fois déjà, l'électrolyse a été mise en usage. Il est donc permis de porter un jugement au moins approximatif sur cette innovation. C'est pourquoi je ferai quelques remarques sur son histoire et sur sa valeur clinique.

En ce qui concerne le premier point, je pense que c'est par mégarde et dans la rapidité de l'improvisation, que M. Dolbeau a désigné M. Nélaton comme l'inventeur de la méthode, dès la première communication à l'Institut, c'est-à-dire dans le courant de l'année 1864. Cette prétention a été mise à néant. Je ne rappellerai pas la critique très-acerbe et d'ailleurs quelque peu inexacte qui parut dans la *Gazette médicale de Paris;* mais je citerai un article tout à fait magistral que publia la *Gazette hebdomadaire* et qui établissait les droits de chacun.

Depuis cette époque, la question de priorité a toujours été résolue dans le même sens, comme on peut s'en assurer en lisant le *Traité des Tumeurs* de notre savant collègue, M. Broca, et une publication toute récente des *Archives générales de médecine,* due à la plume fort compétente et très-autorisée de M. le docteur Tripier.

Il paraît donc hors de doute que, sans parler des théories et des essais imparfaits de Crussel, la constitution véritable de la méthode est due à M. Ciniselli de Crémone, lequel, du reste, nous a fait parvenir, sous la forme la plus modeste, une juste réclamation par l'entremise de M. Velpeau. Nous devons sauvegarder d'autant plus soigneusement les droits de notre confrère italien, qu'il est notre correspondant et qu'il nous a donné en quelque sorte les prémisses de ses travaux.

En effet, le 5 septembre 1860, M. Ciniselli était à notre tribune et nous exposait le résultat de ses remarquables recherches que la clinique avait déjà sanctionnées ; plus tard, en 1862, il nous adressait une brochure plus explicite encore.

Pensant qu'aucune contestation sérieuse ne peut s'élever sur le point historique, je passe à l'examen des résultats pratiques obtenus jusqu'à ce jour. Lorsqu'une méthode nouvelle vient disputer la première place à ses aînées, on est en droit de demander si elle est moins grave, plus efficace et d'un usage plus commode. Examinons donc, sous ces divers rapports, l'électrolyse appliquée aux fibrômes pharyngiens.

Les cinq tentatives que M. Dolbeau nous a fait connaître ont donné deux succès complets, un cas de mort, deux résultats inconnus, un malade ayant été perdu de vue, l'autre étant encore en traitement. Nous ignorons si ce total représente tous les malades traités, mais en tous cas, il est insuffisant pour établir péremptoirement la supériorité de la méthode. La résection palatine et l'ablation préalable du maxillaire supérieur ont fourni des résultats au moins aussi avantageux.

Les faits connus ne nous autorisent pas même à proclamer l'innocuité de l'électrolyse. En effet, je trouve dans le mémoire de M. Tripier l'analyse de six opérations faites par M. Ciniselli en 1862; trois comptent à peine, car la pile n'a eu à produire que des eschares cutanées, superficielles, analogues à celles que l'on pratique avec le moxa, les caustiques ou un fer rouge quelconque, puis a cautérisé un trajet fistuleux. Trois fois seulement, on a attaqué de véritables tumeurs, savoir : un petit névrôme de 5 millimètres de diamètre et deux nævi du volume d'une noisette et d'une grosse noix. Dans ce dernier cas, la mort est survenue le dix-neuvième jour, par suite d'un érysipèle. Huit fois donc, des tumeurs ont été soumises à la méthode, et nous comptons déjà deux morts. D'où je conclus que si le danger n'est pas plus grand, à coup sûr il n'est pas moindre.

En ce qui concerne la facilité d'application, il faut convenir que l'avantage n'est pas du côté de l'électrolyse ; il faut des appareils spéciaux, coûteux, faciles à détériorer et qui n'obéissent pas à toutes les

mains. Le concours d'un électricien est à peu près indispensable. Que toutes ces conditions accessoires se trouvent dans quelques grandes villes et dans quelques services d'hôpital, je l'accorde; mais comment les réunir dans les provinces, dans les campagnes, dans la pratique privée en général. Nul ne tient en plus haute considération que moi la valeur scientifique d'une opération chirurgicale et néanmoins pour les besoins et les exigences do la pratique, étant donnés plusieurs procédés, je donnerai, toutes choses étant d'ailleurs sensiblement égales, la préférence à celui qui sera le plus maniable et le plus accessible à la majorité des praticiens.

Toutefois, il semble résulter de quelques paroles de M. Dolbeau que désormais la cure des polypes naso-pharyngiens pourrait se passer de ces graves opérations préliminaires, que certainement nous ne préconisons qu'à regret, mais qui paraissent encore indispensables à la majorité d'entre nous. Certes, ce progrès, s'il existe, contrebalancerait bien des inconvénients et pèserait beaucoup dans la balance. J'ignore si M. Nélaton en est arrivé là dans ses derniers essais, mais je vois encore que, dans deux cas, les voies préliminaires ont servi à conduire le pôle destructeur jusqu'à la masse morbide. M. Dolboau nous éclairera facilement à cet égard.

Cette remarque a sa raison d'être. Si, en effet, il est nécessaire comme jadis de créer une voie artificielle, l'application de l'électrolyse aux polypes naso-pharyngiens change de caractère et de portée. Ce n'est plus une méthode nouvelle, supprimant les opérations préliminaires et complémentaires à la façon de l'arrachement ou de la ligature; c'est tout simplement un procédé de l'acte fondamental, un mode particulier de l'exérèse du parasite. Il ne faut la comparer ni à l'ablation par les voies naturelles, ni aux métbodes buccale, nasale ou maxillaire, mais seulement aux divers expédients mis en usage pour détruire le polype rendu préalablement accessible. Alors l'électrolyse devient congénère ou succédanée de l'excision, de la section ou de l'écrasement linéaire, de la galvanocaustique; enfin, et surtout, des caustiques potentiels très-variés qui ont été déjà bien des fois mis en usage avec succès. S'il en était ainsi, on comprendrait la valeur des objections présentées plus haut et relatives aux difficultés d'application.

Au reste, je le reconnais volontiers, mon argumentation manque de bases solides, car je ne connais que très-sommairement les cas invoqués; c'est pourquoi il serait désirable que M. Dolbeau voulût bien nous fournir les observations complètes et nous mettre au courant du manuel, ne fût-ce que pour nous mettre à même de répéter de notre côté des expériences sur ce point intéressant de pratique. Je ne doute

pas que notre collègue ne fasse droit à notre requête, et je serais heureux, pour ma part, de l'y avoir provoqué.

Je désire, Messieurs, qu'on ne se méprenne point sur l'intention qui dicte ces remarques; il n'y faudrait point voir un arrêt de proscription contre la méthode nouvelle. Qu'elle ait des imperfections, des incertitudes, des indications et contre-indications encore hésitantes, quoi de plus naturel? elle ne fait qu'apparaître et cherche encore sa voie. Il serait donc souverainement injuste de la condamner prématurément et d'en rejeter l'emploi, mais il serait tout aussi imprudent de l'adopter sans faire de réserves, alors qu'on a soumis ses aînées, dans cette enceinte même, à un examen si sévère, à un contrôle si patient.

Pour garantir l'électrolyse contre l'engouement, cause prédisposante si commune de l'abandon, le mieux, et le plus juste, est de guider ses premiers pas à la lueur d'une critique impartiale.

M. A. GUÉRIN. En communiquant à la Société de chirurgie, l'observation d'un polype naso-pharyngien, extirpé par *rugination de la surface d'implantation*, je me préoccupais peu de la question de priorité, bien que j'aie appris depuis longtemps que de toutes les propriétés, la plus difficile à constituer est la propriété scientifique. Dès qu'une idée voit le jour, aussitôt on recherche si quelqu'un ne l'a pas eue déjà, et comme l'esprit humain s'est fort exercé de tout temps, on retrouve presque toujours quelque chose de plus ou moins ressemblant, qui suffit pour désoler ceux qui ont l'ambition d'attacher leur nom à une découverte. Pour moi, je trouve que ces questions de priorité prennent une trop grande place dans la science. Je comprends qu'à l'occasion de toutes les grandes découvertes, on revendique l'invention, et je serais le premier à réclamer pour Harvey l'honneur de la découverte de la circulation du sang, pour Jenner celle de la vaccine, pour Laënnec l'auscultation, etc. Mais, quand il s'agit d'une simple modification opératoire, ce n'est vraiment pas la peine de défendre son bien. Aussi ne répondrais-je pas à ceux de nos collègues qui m'ont contesté la priorité de mon opération, si je ne craignais pas qu'on ne vît dans les réclamations une preuve de la supériorité du procédé qui m'a réussi, sur tous ceux auxquels on a eu recours jusqu'ici.

Un fait ne peut pas suffire pour instituer définitivement une méthode ou un procédé. Il y en aurait plusieurs si je m'en rapportais aux réclamations que l'on m'a fait l'honneur de nous adresser. Malheureusement, je les crois peu fondées et je crains fort que l'extirpation des polypes naso-pharyngiens par la rugination de la base du crâne ne compte encore qu'un fait heureux. M. Borelli a bien cru

que je n'avais fait que l'imiter, et en entendant la lecture de sa lettre j'ai eu, un instant, l'espoir de retrouver dans les deux mémoires qu'il signalait à notre attention des faits à l'appui de la thèse que j'avais soutenue devant vous. Mais M. Borelli, en réclamant la priorité de mon opération, avait pensé que je m'étais cru l'inventeur de l'incision du voile du palais, et c'est là ce qu'il me semble réclamer surtout ; il ne s'est pas servi d'une rugine, il a excisé les polypes avec de longs bistouris ou des ciseaux. Or, j'ai dit que je proposais de ruginer l'implantation du polype pour ne plus inciser le voile du palais, pour ne plus toucher au pédicule du polype avec des ciseaux ; je veux, en un mot, quo l'opération soit faite avec une simple rugine, introduite d'avant en arrière par une narine et guidée par l'indicateur de la main gauche porté derrière le voile du palais. Ainsi, loin de réclamer l'honneur d'avoir, le premier, incisé le voile du palais, qui revient à Manne, je veux que l'on supprime ce temps que presque tout le monde pratique en France. En cela, mon opération diffère essentiellement de celles de M. Borelli. Notre collègue de Turin excise les polypes avec de longs bistouris ou des ciseaux, moi je ne me sers que d'une rugine. La lame des ciseaux dont je me suis servi, en attendant que l'on m'apportât une vraie rugine, a sans doute induit M. Borelli dans l'erreur qui l'a fait nous écrire la lettre que vous connaissez ; mais cette lame de ciseaux n'agissait pas comme instrument tranchant ; détachée de l'autre lame, elle ne pouvait plus que gratter la membrane muqueuse du pharynx, l'érailler et non la couper.

Si mon opération prend définitivement place dans la science, ce n'est donc pas à M. Borelli qu'elle devra d'y être entrée, car il me semble que notre honoré collègue a justement adopté les procédés usuels que je crois défectueux.

Quand M. Dolbeau nous a communiqué ses observations au sujet des polypes, il m'a, lui aussi, donné un instant l'espoir qu'il connaissait des faits semblables au mien, car il s'étonnait, en commençant, que j'eusse pu croire nouveau le procédé que j'avais pratiqué. Mais il s'est ravisé en écrivant son discours où je trouve bien encore l'expression d'une grande surprise, mais n'ayant plus la même cause. M. Dolbeau croyait que l'on était bien d'accord sur la nécessité d'une opération préliminaire, et il s'étonne que j'aie pu avoir l'idée de proposer autre chose ; je croyais comme M. Dolbeau, il n'y a pas longtemps encore, que les opérations préliminaires étaient nécessaires, et c'est là ce qui me tourmentait au moment d'opérer les polypes naso-pharyngiens ; mais ayant pu m'en passer, ayant conçu l'idée d'opérer sans inciser le voile du palais, en respectant la portion

palatine du maxillaire supérieur aussi bien que le nez, ayant enfin réussi à énucléer par rugination deux énormes polypes, que m'eût dit M. Dolbeau si j'avais persisté à vouloir pratiquer les effrayants préliminaires auxquels il paraissait extrêmement attaché au commencement de son discours? Je dis: au commencement, car malgré l'étonnement qu'il nous a manifesté, ne croyez pas qu'il soit éternellement attaché à ces préliminaires; il a une prédilection plus vive encore pour l'électro-chimie, qui n'incisant pas plus que moi la face et le voile du palais, suivant lui, nous donnerait le moyen le plus sûr de détruire les polypes naso-pharyngiens. Après cela, je ne comprends plus pourquoi notre collègue s'est si fort étonné que j'aie pu penser à extirper les polypes sans opération préliminaire. Pour préparer mon esprit à accueillir sa communication sur l'électro-chimie, il aurait fallu, au contraire, qu'il condamnât les anciennes méthodes, et j'avoue que pour ma part je suis loin d'être suffisamment édifié sur les succès de cette électro-chimie. Tandis que quelques-uns d'entre nous ont besoin de preuves bien convaincantes pour admettre une idée nouvelle, il y en a d'autres qui se passionnent facilement, et, par une singulière disposition d'esprit que j'ai plus d'une fois admirée sans avoir jamais eu la tentation de l'essayer, parviennent à la faire admettre comme une vérité bien reconnue, alors même que de nombreux faits militent contre elle.

Tous les médecins dont les souvenirs remontent à une vingtaine d'années, doivent se rappeler avec quelle ardeur nous avons vu soutenir la fréquence de l'infiltration tuberculeuse des os. Bien que M. Nélaton n'eût pas été le premier à émettre cette opinion, il se l'appropria, en quelque sorte, par l'habileté qu'il mit à la défendre, et on n'eût pas été écouté avec bienveillance, à cette époque, si l'on avait osé dire que l'infiltration tuberculeuse n'existait pas dans les os où on la voyait. Quelques personnes eurent bien l'audace d'émettre des doutes. Je me souviens, par exemple, que M. Malespine tenta de s'opposer au courant dans lequel les plus entêtés se laissaient entraîner. Mais les journaux démontrèrent bien vite au public que M. Malespine était à peu près seul de son opinion, et que, par conséquent, il avait évidemment tort. Depuis que l'anatomie pathologique se fait avec plus d'exactitude, on n'entend pourtant plus guère parler de cette fameuse infiltration tuberculeuse qui a commencé la fortune scientifique de M. Nélaton.

Je ne doute pas qu'il y en ait, mais les cas en sont rares, tandis que, il y a vingt ans, on en voyait partout. A cause de cela, nous autres dont on persiste à vanter la jeunesse, bien que nous comptions près de trente années de service dans les hôpitaux, nous souvenant de

l'entraînement de nos jeunes années, nous ne sommes plus auss faciles à séduire, et nous demanderons autre chose que des citations de quelques lignes pour nous convaincre. Voyez comme nous avons facilement deux poids et deux mesures; M. Dolbeau me reproche de ne pas avoir fait l'anatomie pathologique du polype dont je vous ai parlé, et il a eu parfaitement raison. Ce polype, on eût bien voulu le classer parmi les muqueux, malgré l'énormité de son volume et son point d'implantation. Mais il a été examiné par M. Ordonez, parce que j'avais eu la crainte qu'il ne renfermât des éléments cancéreux que l'aspect fibreux des trois masses polypeuses ne faisaient pourtant pas soupçonner. Enfin c'était parfaitement un polype fibreux, et si j'ai omis ce renseignement important, c'est que M. Audhoui, un de mes internes, devait présenter les pièces à la Société anatomique et que ne m'occupant de cette maladie qu'au point de vue opératoire et n'ayant pas eu l'intention d'en faire l'histoire complète, j'avais cherché à vous présenter mon observation aussi succinctement que possible.

Je reconnais pourtant que j'ai eu tort; mais comment, quand on est si exigeant pour moi, l'est-on si peu pour une méthode qui serait presque une révolution si on s'en rapportait aux bruits qui courent à ce sujet? L'histoire des cinq malades qui ont été traités en France par l'électro-chimie est faite en quinze lignes; on ne nous parle ni de la nature des polypes, ni du temps qu'il a fallu pour guérir les malades qui ne sont pas morts. Je sais bien que l'observation du premier malade a été communiquée à l'Institut, mais nous la connaissions, et celles que M. Dolbeau a apportées ici n'ajoutent pas grand'chose à la première, car le second opéré est mort d'une fièvre typhoïde quand il n'était encore qu'en voie de guérison; le quatrième malade est parti guéri, mais il n'a pas été revu, et le cinquième est en voie de guérison. On pourra certainement compléter son observation, si Dieu veut qu'il ne meure pas trop vite d'une fièvre typhoïde. Reste donc le troisième malade, qui ayant été opéré par la voie palatine, fut considéré comme guéri et vit sa tumeur récidiver au bout de trois mois. L'électro-chimie a eu chez ce malade plus de succès que la première méthode, qui pourtant était naguère considérée comme excellente. Il y a huit mois que l'électro-chimie a fonctionné et il n'y a pas encore eu de récidive.

Je ne veux pas discuter cette méthode opératoire; que M. Dolbeau me permette seulement de regretter qu'il ne l'ait pas expérimentée avant de dire qu'elle paraît destinée à faire disparaître toutes celles qui l'ont précédée. Personne ne souhaite plus vivement que moi le succès de l'électro-chimie, et je serais très-heureux de voir la Société de chirurgie étudier cette question avec la sagesse qu'elle montre

dans ses jugements. S'il est démontré que l'électro-chimie fond les tumeurs, et ne les détruit pas par une espèce de cautérisation, M. Ciniselli aura fait une grande découverte; mais que l'inventeur de la méthode me permette de lui dire que je ne suis pas encore suffisamment édifié pour renoncer à l'opération dont j'ai eu l'honneur de vous entretenir.

Avant de terminer, j'aurais à expliquer à M. Legouest comment j'ai pu facilement faire pénétrer une lame de ciseaux jusqu'au pédicule du polype, si depuis l'objection qu'il me fit le jour de ma communication il n'avait pu reconnaître qu'il y avait eu, sans doute, de ma part, explication insuffisante; la lame était détachée et ne représentait plus qu'un levier droit avec lequel j'avais cherché à déplanter les polypes et par conséquent rien n'était plus facile que de la faire pénétrer par une narine qu'une grosse tumeur avait élargie en arrière.

Tandis que je cherche à détruire la surface d'implantation des polypes pour prévenir la récidive, M. Legouest, revenant aux méthodes palliatives d'autrefois, espère qu'à force de couper les polypes au niveau de leur pédicule on épuisera le principe de leur existence. Mais les polypes fibreux ont une vitalité, une force de reproduction qui n'est pas la même partout. Ainsi, tandis que ceux de la matrice ont peu de tendance à renaître quand ils ont été coupés au niveau de leur point d'implantation, ceux qui s'implantent dans les fosses nasales ou sur la base du crâne se reproduisent indéfiniment, tant qu'il n'ont pas été complétement détruits par l'extirpation, par le feu ou par les caustiques. Sous ce rapport, les polypes ont une grande analogie avec les plantes : les arbres verts, par exemple, meurent tout entiers quand ils ont été coupés près de la terre, tandis que d'autres arbres, qui ont avec eux une grande analogie de texture, donnent des rejetons tant que leur dernière racine n'a pas été arrachée.

Le polype naso-pharyngien étranglé par une pince repousse comme celui qu'une ligature a fait tomber. Les deux modes d'action sont à peu près identiques, et, depuis longtemps, la pratique de nos devanciers nous a appris que ce sont là des moyens insuffisants.

En vous communiquant mon observation, je m'attendais surtout à être argumenté au sujet de la dénudation des os, sur lesquels les polypes s'implantent, et je craignais qu'on ne m'accusât d'avoir été téméraire en ruginant les os et en les dépouillant de leur périoste. M. Dolbeau pense que c'est une opération à peu près impossible, et pourtant, Messieurs, je l'ai faite plus facilement que je ne l'aurais pensé, si j'avais cru, comme notre collègue paraît le croire, que les maladies qui se développent près des os sont sans influence sur leur union avec le périoste. J'ai dénudé une large surface, parce que

la surface d'implantation était étendue, et les os dénudés se sont recouverts avec une promptitude merveilleuse. Cette reproduction du périoste était pour moi le nœud de la difficulté; je savais que l'on peut ruginer les os de la base du crâne avec d'autant plus de facilité que la maladie qui les avoisine est plus ancienne et plus profonde, mais ces os se recouvriraient-ils? c'était là ma seule crainte. Ils se sont recouverts.

Vous ne vous en êtes pas étonnés, parce que vous vous êtes souvenus, sans doute, de l'extrême vascularité des os de la base du crâne. A cause de cette vascularité, j'aurais pu craindre une hémorrhagie à la suite de mon opération, et pourtant le malade n'a perdu une notable quantité de sang qu'au moment où, avant de concevoir la possibilité d'éliminer les polypes par rugination, je coupai avec des ciseaux le pédicule de celui qui soulevait le voile du palais.

Je ne veux pas quitter la tribune sans remercier mes collègues qui ont bien voulu, par une critique que je désirais, me mettre à même de compléter ma communication.

M. HOUEL. J'ai donné des soins au malade auquel on vient de faire allusion, et qui aurait succombé à la suite de l'application de l'électrolyse. Je puis affirmer que ce malade est mort de fièvre typhoïde. J'ai assisté et j'ai même pris part aux opérations pratiquées par M. Nélaton. Je ne veux pas entrer aujourd'hui dans le fond du débat; mais je dirai que l'électrolyse détruit les tumeurs, mais ne les fond pas; que son application est des plus simples, et que la méthode de M. Nélaton diffère beaucoup de celle qu'a proposée M. Ciniselli. Il faut, il est vrai, le concours d'un homme habitué à manier l'électricité; mais, une fois bien connue, cette méthode pourra permettre d'attaquer des tumeurs volumineuses et de les détruire.

M. VERNEUIL. Je n'ai pas dit que l'on ne pourrait pas détruire, à l'aide de l'électrolyse, des tumeurs volumineuses. Lorsque les expériences dont parle M. Houel seront publiées, nous serons complétement édifiés à ce sujet. Mais il me semble facile de prévoir qu'une méthode qui exige l'emploi d'appareils spéciaux et l'aide d'un homme habitué à les manier ne sera pas facilement généralisée. La question de propriété ne peut être douteuse : la méthode, quels que soient les perfectionnements qu'on lui apporte, est bien à M. Ciniselli.

M. DOLBEAU. La note de M. Guérin soulève des questions que je ne m'attendais pas à voir produire dans le débat. Je demande à remettre à la prochaine séance la réponse que j'aurai à lui faire.

PRÉSENTATIONS DE MALADES.

Pseudarthrose du fémur guérie par l'extension et l'immobilisation.

M. LE FORT lit l'observation suivante :

Le malade Alexandre B..., âgé aujourd'hui de vingt ans, fit une chute de cheval le 15 avril 1864, et se fractura la cuisse droite. On lui appliqua un appareil de Scultet et on le transporta à l'Ile-Adam, où il reçut les visites d'un médecin. L'appareil primitivement posé ne fut pas renouvelé, et pendant vingt-cinq jours on ne mit pas à nu le membre fracturé. A cette époque, on appliqua un appareil dextriné qui resta en place deux mois. Lorsque le malade voulut se lever, près de trois mois après sa fracture, il s'aperçut que le travail de consolidation ne s'était pas effectué et que le membre n'avait aucune solidité.

Il se fit transporter à Paris, et il entra le 25 juillet 1864 à l'hôpital de la Charité, où il fut placé dans le service de M. Velpeau. Un nouvel appareil dextriné fut appliqué et gardé deux mois, sans aucun changement dans l'état du membre; notre vénéré maître voulut bien me prier de me charger du malade, et il fut transféré salle Saint-Jean, nº 17, où je remplaçais alors M. Denonvilliers.

Je constatai l'état suivant : le membre était raccourci de 9 centimètres environ, le fragment inférieur était passé en arrière du supérieur; ce fragment inférieur, comprenant approximativement 12 à 15 centimètres du fémur, faisait à la partie postérieure de la cuisse une saillie notable très-facilement appréciable au doigt. Les bords de la fracture coupés à arêtes assez vives témoignaient de l'absence de travail de consolidation. Les deux fragments s'appuyaient l'un contre l'autre par leurs faces, séparés probablement par quelques fibres musculaires. Le malade ne pouvait imprimer à la jambe étendue aucun mouvement d'élévation de dessus le plan du lit, et, en passant la main à plat entre la cuisse et le matelas, on constatait une mobilité telle, qu'en essayant ainsi de soulever le membre le fémur se courbait immédiatement à angle obtus à sommet antérieur.

J'essayai d'imprimer des mouvements violents aux deux fragments, de les frotter l'un contre l'autre, après quoi j'appliquai un appareil inamovible plâtré qui resta en place deux mois; lorsque je le retirai, je pus constater que le traitement n'avait pas eu le moindre succès. Il fallait dès lors revenir à des moyens plus puissants et autant que possible à des procédés n'exposant pas la vie du malade. Le séton, la résection suivie ou non de suture des os, m'exposaient à des accidents graves; d'ailleurs la statistique m'apprenait que de 170 cas de pseudarthroses de la cuisse, rassemblés par Gurlt, l'extension permanente

avait fourni des résultats heureux, puisque sur 14 malades 11 avaient guéri, tandis que les scarifications sous-cutanées sur les fragments n'avaient donné que 17 guérisons sur 38 cas, le séton 16 guérisons sur 30, la résection 14 guérisons sur 28 opérés. Je me décidai donc pour l'extension.

Pour la pratiquer je construisis moi-même l'appareil suivant :

A l'extrémité inférieure d'une béquille, je vissai une plaque de bois formant étrier et à l'extrémité opposée de laquelle une large attelle interne montait jusqu'à l'ischion du côté malade. Un appareil plâtré fut appliqué sur la jambe du malade et me servit à donner point d'appui aux lacs extenseurs. Une longue vis jouant dans la plaque formant étrier était un puissant moyen d'extension. Quant à la contre-extension, elle était faite par la béquille appuyée dans l'aisselle et par l'attelle interne dont l'extrémité appuyait sur l'ischion mais avec l'intermédiaire d'un coussin de ouate.

J'augmentais tous les jours la traction de l'appareil, elle amenait des douleurs vives au niveau de la fracture; mais cette traction put bientôt être assez énergique et complète pour dégager complétement les deux fragments l'un de l'autre et les faire se rencontrer seulement par leurs extrémités libres. Sans cesser l'extension, je cherchai à frotter fortement les fragments les uns contre les autres, et après que les tractions eurent été ainsi continuées pendant trois semaines, j'appliquai un appareil inamovible en plâtre.

Je le retirai le 31 décembre 1864; la cuisse avait perdu sa mobilité, la consolidation était presque complétement effectuée. A partir du 2 janvier 1865, le malade se leva avec deux béquilles; mais après une quinzaine de jours, il fut pris d'un érysipèle grave et il ne se releva que dans les premiers jours de mars 1865. Transféré à l'hôpital de Vincennes, il y demeura jusqu'au mois de juin, et malgré plusieurs chutes accidentelles, la solidité du membre ne se démentit pas. Vers le 15 juin, il abandonna les béquilles pour se servir d'une canne.

Aujourd'hui, comme on peut le voir, un an après la guérison, la cuisse est solide, le malade marche facilement et sans canne, cependant avec une notable claudication qui tient à un peu de raideur dans le genou et à un raccourcissement de 6 à 7 centimètres, car les fragments ont repris dans l'appareil inamovible, après l'enlèvement de l'appareil à extension, leur situation première, et la saillie arrondie que l'on sent en arrière est l'extrémité du fragment inférieur.

M. MARJOLIN. Il y a entre l'appareil appliqué par M. Velpeau et celui dont M. Le Fort a fait usage une différence essentielle : l'un immobilisait seulement le membre malade et le bassin, l'autre immobilisait le tronc tout entier. J'ai observé à la Charité un homme atteint

de pseudarthrose du fémur, longtemps traité par les appareils inamovibles. Ils avaient été appliqués par M. Denonvilliers, et M. Désormeaux, qui l'avait suppléé avant moi, était sur le point de reséquer les fragments. Je m'aperçus que le malade remuait, s'asseyait malgré son appareil; je lui en mis un qui immobilisait le tronc et le membre; deux mois après, la pseudarthrose était consolidée.

M. TARNIER. J'observe encore en ce moment un fait fort intéressant. Une femme se fracture l'extrémité inférieure du fémur au mois de juin dernier. Au bout de deux mois, le médecin qui lui donnait des soins enlève l'appareil, et la fracture semble consolidée. Cependant, je vois la malade sur ces entrefaites, et je constate la non-consolidation. Je fis reprendre le lit et placer le membre dans une simple gouttière en fil de fer. Jusqu'au milieu du mois de décembre, nulle trace de consolidation. Je commençais à désespérer, lorsqu'à partir de cette époque tout a changé de face sans que rien de nouveau ait été tenté. Aujourd'hui, la consolidation est complète, et la guérison peut être regardée comme assurée.

M. LARREY. Il serait désirable que sur des questions aussi importantes, des discussions régulières pussent être engagées. Nous aurions ainsi en réserve, pour des séances peu remplies, des communications auxquelles chacun aurait eu le temps de songer à loisir. Je demande donc à la Société de mettre la question des pseudarthroses à son ordre du jour.

La discussion sur les pseudarthroses prendra rang après la discussion sur l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.

Résection étendue de l'extrémité inférieure de l'humérus. Parfaite conservation des fonctions du membre.

M. A. GUÉRIN présente un jeune homme sur lequel il pratiqua en 1862 une résection du coude. L'histoire de ce malade a été publiée dans la thèse de M. Painetvin, mais le succès de cette résection a dépassé les espérances que l'on était en droit d'attendre.

J..., à la suite de l'écrasement du coude droit, dut subir une résection dans laquelle on lui enleva de 9 à 11 centimètres de l'humérus, 1 centimètre du radius et 3 centimètres du cubitus, y compris l'olécrâne; il sortit de l'hôpital quatre mois après son opération, n'ayant plus qu'une petite plaie qui se ferma quelques jours plus tard.

Au mois de novembre, l'avant-bras ayant toujours été soutenu dans une gouttière, ne tombait pas quand on cessait de le soutenir; il restait à peu près dans la demi-flexion.

Bien que les mouvements des doigts et du poignet se fussent

promptement rétablis, le malade dit être resté deux ans sans pouvoir se servir utilement du membre opéré. Mais depuis cette époque, c'est-à-dire depuis la fin de 1864, ce bras a repris une force extraordinaire. Quoique l'avant-bras et le bras ne se soient pas soudés et qu'il existe une grande mobilité au niveau de leur jonction. Jouvin se sert de ce membre pour mettre sa cravate; il le fléchit dans tous les sens, mais il n'acquiert toute sa force que lorsqu'il s'agit d'opérer une traction de bas en haut. Dans ce cas, il parvient à enlever avec la plus grande facilité un poids de 50 kilogrammmes, et on l'a vu, hier matin, à l'hôpital Saint-Louis, jouer avec un énorme broc plein de vin.

M. Guérin avait désiré obtenir une ankylose entre les os de l'avant-bras et ce qui restait de l'humérus; mais avec une ankylose on n'eût pas eu plus de force dans le membre opéré.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Double perforation du crâne.

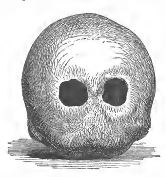
M. LARREY présente un cas fort rare, sinon unique, de double perforation spontanée de la voûte du crâne chez un sujet mort à trente-six ans, de phthisie tuberculeuse, sans avoir jamais offert, de son vivant, le moindre signe appréciable de cette singulière anomalie ou altération.

Voici dans quelles circonstances, dit M. Larrey, ce crâne a été recueilli par M. le docteur Monier, d'Avignon, qui a bien voulu le lui adresser avec l'observation malheureusement incomplète.

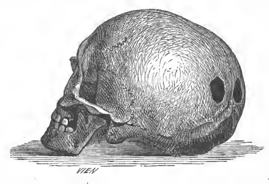
Le nommé Gimeno, d'origine espagnole, bien conformé, n'ayant jamais été malade dans son enfance, était venu fort jeune en France exercer d'abord la profession de tailleur d'habits, et s'engager ensuite, à vingt-cinq ans, dans l'armée. Il servit en Afrique, dans la légion étrangère, mais fut atteint plus tard d'une affection cérébrale qui dura six mois environ et que l'on caractérisa d'aliénation mentale. Rentré du service, il se fixa d'abord à Marseille, puis à Avignon, où il se maria. Mais bientôt après il tomba malade, fut admis à l'hôpital et y mourut phthisique, au bout de deux mois. L'autopsie fut malheureusement laissée à un garçon d'amphithéâtre, qui l'ayant faite sans soin et avec précipitation, reconnut bien à la voûte du crâne deux ouvertures anomales, mais après avoir déjà détruit les rapports des enveloppes et peut-être de la substance cérébrale avec ses ouvertures, paraissant fermées, a-t-il dit, par une membrane.

Malgré cette regrettable nécropsie, le crâne fut conservé par M. Monier qui m'en a fourni une description détaillée. J'en indi-

querai seulement en peu de mots les particularités, faciles du reste à reconnaître sur les pièces osseuses elles-mêmes.



L'aspect général de la tête offre une conformation normale, quoique peu développée dans son ensemble, mais sans atrophie ou dépression partielle; les sutures fronto-pariétales et lambdoïde sont ossifiées, sans la moindre trace de persistance des fontanelles. Deux larges ouvertures irrégulièrement arrondies, ayant, de prime abord, l'apparence de deux couronnes de trépan, et mesurant 3 centimètres chacune dans leur plus grand diamètre, sont situées symétriquement, de chaque côté, à l'angle postéro-supérieur des pariétaux. Leurs bords, quoique amincis, sont émoussés, entourés à leur face extérieure d'un léger bourrelet qui n'existe pas à la face interne du crâne, comme le démontre la coupe faite exprès.



Une lamelle osseuse très-épaisse sépare, sur la ligne médiane, ces deux ouvertures, et se trouve creusée sur la face intra-crânienne par la gouttière du sinus longitudinal supérieur.

Cette double perforation, ajoute M. Larrey, est-elle congénitale, comme le présume M. Monier ? ou bien, au lieu de constituer une anomalie anatomique, serait-elle la conséquence d'une lésion pathologique, soit du cerveau, soit de la dure-mère, soit du crâne même ? C'est ce qu'il nous serait difficile de décider, en l'absence de renseignements antérieurs et d'une exploration complète d'anatomie pathologique.

Quoi qu'il en soit, nous n'avons rien trouvé de semblable, ni même d'analogue, soit dans les divers ouvrages que nous avons consultés, soit dans les collections ou les musées, à moins d'y rattacher les fissures, les érosions, les caries ou les nécroses de la voûte du crâne, par ossification incomplète, par encéphalocèle, par atrophie progressive, par tumeurs fongueuses, sanguines, ou autres, telles que le pneumatocèle récemment décrit, sans parler, bien entendu, des perforations traumatiques.

J'admettrais volontiers pour ma part, ajoute M. Larrey, comme le croit M. Monier, que ces deux ouvertures crâniennes sont dues à un arrêt de développement des pariétaux et constituent une double perforation congénitale.

PRÉSENTATION D'APPAREILS.

Stomatoscope.

M. BRUCKE (de Breslau), recommandé par MM. Lebert et Milderdorpf, membres correspondants, présente un appareil destiné à éclairer la bouche et ses dépendances. Grâce à un puissant éclairage électrique qu'une disposition fort ingénieuse permet de maintenir dans la cavité buccale, il est facile d'examiner dans tous ses détails la bouche et l'appareil dentaire; il est même possible de voir, par transparence, les racines des dents, et, chez certains sujets, l'artère coronaire labiale peut être distinguée.

COMITÉ SECRET.

M. PERRIN lit un rapport sur les titres des candidats au titre de membre titulaire. La commission propose le classement suivant :

En première ligne, M. Tillaux.

En deuxième ligne, M. Liégeois.

En troisième ligne, M. de Saint-Germain.

En quatrième ligne, M. Leroy d'Étiolles.

L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 31 JANVIER 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale ;*

Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine.*

M. le docteur Vanzetti, de Padoue, remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger.

M. Humphry, de Cambridge, remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant étranger.

A propos du procès-verbal :

M. A. GUÉRIN. Deux phrases de mon discours ayant reçu une interprétation autre que celle que je leur avais donnée, je me suis empressé de les supprimer. Je le fais observer ici pour que cette suppression ne passe pas inaperçue.

Perforations spontanées du crâne.

M. J. CLOQUET. Le fait de perforation spontanée du crâne, que nous a communiqué M. Larrey, me remet en mémoire des observations que j'ai faites à la Salpêtrière.

J'avais remarqué l'irrégularité du crâne de certaines vieilles femmes ; j'examinai et je vis qu'elle était due à la résorption du diploé ou même à des perforations. Dans un premier degré, en regardant la voûte du crâne à contre-jour, on constatait que dans des points peu étendus mais souvent multiples, elle était transparente. La table externe enfoncée était adossée à la table interne et le diploé avait disparu. A l'entour de ces points amincis le crâne avait toute son épaisseur. Dans le degré le plus avancé, la perforation était complète. J'ai préparé deux de ces crânes pour les collections de la Faculté. Ce qui différencie mes observations de celle de M. Larrey, c'est que toujours les sujets étaient extrêmement âgés.

DISCUSSION.

Traitement des polypes naso-pharyngiens.

M. DOLBEAU. Messieurs, je serai bref, j'ai demandé à me recueillir et c'est ce qu'on doit toujours faire quand il s'agit de traiter de choses sérieuses devant une Société savante. Le résultat de mes réflexions c'est qu'il ne faut parler en cette circonstance que du traitement des polypes naso-pharyngiens.

Permettez-moi cependant de vous dire que j'ai éprouvé un réel chagrin en entendant la manière dont quelques personnes semblent apprécier les travaux de l'illustre chirurgien, dont je m'honore encore d'être l'élève.

Je reviens maintenant à la question qui occupe la Société de chirurgie. Je n'ai pas convaincu M. Guérin de l'insuffisance de la rugination des os du crâne dans le traitement des polypes. Notre collègue conserve sa manière de voir; je lui demande de garder, moi aussi, toutes mes convictions. Je ne suis que médiocrement surpris de ce dénouement; tel est ordinairement le résultat des discussions. Chacun demeure convaincu que la raison est pour lui, ce qui d'ailleurs n'empêche pas les questions de progresser.

Je ne veux pas, messieurs, formuler de nouveau certains arguments que la Société connaît, mais il me paraît indispensable de revenir un peu sur l'électro-chimie. Pour bien être compris, j'ai besoin de rappeler très-brièvement en quels termes j'ai posé la question du traitement des polypes par l'action de l'électricité.

Suivant moi, les opérations préliminaires demeurent encore indispensables dans le traitement des polypes naso-pharyngiens. Chaque cas particulier comporte tel ou tel procédé pour arriver sur l'implantation de la tumeur, mais je ne crois pas que la rugination par les voies naturelles soit applicable efficacement, dans la très-grande majorité des cas. Une seule méthode, disais-je dans notre précédente séance, permettrait peut-être de supprimer les mutilations préliminaires; il faudrait pour cela que les faits de guérison se multipliassent.

Mon discours se terminait ainsi, et je cite textuellement: « Voyons par nous-mêmes, contrôlons les faits; c'est le seul moyen de juger définitivement une méthode qui paraît destinée à faire disparaître toutes celles qui l'ont précédée. »

Messieurs, vous le voyez, je suis si loin de proclamer quand même l'excellence de la méthode électro-chimique, que j'ai fait appel à l'expérience et au contrôle, par tous les membres de la Société de chirurgie.

A tout ceci, on me répond que M. Nélaton n'a point inventé les courants électro-chimiques; que bien avant lui, Crussel et M. Ciniselli avaient appliqué l'électricité au traitement des tumeurs, etc. Là n'est point la question. Je n'ai abordé, pour ma part, que l'examen du traitement des polypes naso-pharyngiens. J'ai dit qu'on avait guéri des malades par l'électro-chimie, mais je n'ai point soulevé la question de priorité ou d'invention.

M. Verneuil n'avait donc pas à discuter cette partie déjà traitée ailleurs. Les auteurs qu'on a cités ont bien appliqué l'électricité au traitement de certaines maladies ; la grenouillette, les rétrécissements de l'urèthre, etc. Mais personne, excepté M. Nélaton, n'a encore attaqué les polypes fibreux de la base du crâne par l'électro-chimie.

Après avoir résolu la question de priorité, M. Verneuil me demande des détails sur le mode d'application de l'électro-chimie, sur la durée du traitement, etc. Notre collègue voudrait savoir, en un mot, comment on procède pour guérir les malades. Je conçois les désirs de M. Verneuil, mais je ne m'explique pas pourquoi il dit, d'une méthode qu'il ne connaît pas très-bien, qu'elle est d'une application difficile et coûteuse ; qu'elle nécessite des appareils spéciaux, l'intervention d'un chimiste, etc., etc. Je crois que M. Verneuil grossit un peu trop les obstacles que doivent rencontrer les opérateurs. Sur quoi se fonde notre collègue, pour dire ici que la destruction par l'électro-chimio des polypes naso-pharyngiens ne sera pas possible entre les mains des praticiens de province? Ai-je besoin de lui rappeler que la résection de la mâchoire supérieure, cette opération formidable, nous est venue de la province. Pour ma part, je crois que le jour où l'électro-chimie aura fait ses preuves, la méthode sera appliquée loin de Paris, comme dans nos hôpitaux. Nos confrères se procureront les objets nécessaires et au lieu de s'adjoindre, comme nous, un chimiste, ils apprendront à faire marcher les appareils, ce qui aura des avantages.

Il ne m'appartient pas d'exposer ici la méthode électro-chimique ni de parler de son mode d'action sur les tissus vivants. Malgré le désir que j'aurais d'être agréable à mes collègues, je dois me borner à mentionner les faits. Je reconnais, du reste, que les observations gagneraient à être complétement publiées, mais je ne puis donner que ce que j'ai en ma possession, les résultats.

Malgré tous ces *desiderata*, les faits n'en persistent pas moins. Cinq malades ont été opérés, la plupart devant le public qui fréquente l'hôpital des Cliniques; les choses sont authentiques. Que ceux qui restent dans le doute persistent dans les anciens errements, mais que ceux qui marchent vers le progrès expérimentent la nouvelle mé-

thode, et nous saurons bientôt ce qu'on doit attendre de l'électro-chimie.

Il est un dernier point sur lequel je veux encore m'arrêter un instant. M. Verneuil a avancé un fait exact, lorsqu'il a dit que tous les opérés par l'électro-chimie avaient déjà subi des opérations préliminaires. La nouvelle méthode n'a jusqu'ici été appliquée que pour des malades déjà en voie de traitement par les anciennes méthodes.

A l'avenir, rien ne s'opposera plus à ce que les aiguilles soient introduites par les narines ou tout au plus par une boutonnière palatine.

C'est donc à tort que M. Verneuil a laissé à penser que l'électro-chimie n'était après tout qu'un nouveau procédé de destruction, qu'on appliquait, grâce à des voies pratiquées par la chirurgie, et que ce moyen ne se distinguait des autres que par les inconvénients d'être infiniment plus compliqué.

M. LEGOUEST. Le procédé dont j'ai eu l'honneur de vous parler a été l'occasion de plusieurs réclamations. J'espérais vous entretenir d'une nouvelle application de la pince dont je me suis cru l'inventeur. Mais lorsque j'ai revu mon jeune malade, j'ai constaté qu'une bonne portion de son polype était spontanément tombée en gangrène. Les fosses nasales sont parfaitement libres pour le moment, et bien que toute la tumeur ne soit pas détruite, je me crois autorisé à attendre.

Il y a dans la méthode que je propose, deux choses bien distinctes, l'instrument que j'ai imaginé, et l'espoir de triompher par des applications successives, de la vitalité de la tumeur, que je crois limitée à un certain nombre d'années. Je tiens beaucoup plus à la seconde idée qu'à la première. La pince réclamée par MM. Borelli et Letenneur, je ne l'ai pas inventée non plus. En 1845, M. Malinverni en proposait une semblable (*Gazette médicale*, p. 270), l'avait-il inventée? je n'ai pas cherché à le savoir.

L'espoir de voir les chances de récidives s'éloigner avec les progrès de l'âge n'a pas été partagé par nos collègues, ils ne pensent pas que j'arrive à lasser la maladie. Je crois cependant mon idée défendable. N'y a-t-il pas des organes temporaires, qui disparus, témoignent à peine de leur existence par quelques vestiges? N'y a-t-il pas des affections médicales et chirurgicales propres à l'enfance, à l'âge adulte, à la vieillesse? Sur le terrain des faits généraux les arguments ne manqueraient donc pas; mais il y a aussi dans l'espèce des faits qui peuvent être invoqués.

M. Demarquay a consigné dans vos bulletins l'histoire d'un de ses malades qui guérit sans récidive, il avait vingt-six ans. Les malades que MM. Borelli et Letenneur ont opéré avec des pinces écrasantes sont guéris depuis plusieurs années; eux aussi étaient sortis de l'en-

fance. Est-ce à cause de leur âge qu'ils sont restés guéris, je ne saurais l'affirmer, mais je crois qu'on ne saurait méconnaître l'enseignement que portent ces faits. Je crois aussi que la discussion actuelle montrera que l'ablation du maxillaire supérieur, n'est pas le dernier mot de la chirurgie, pour la cure des polypes naso-pharyngiens.

M. VERNEUIL. Je n'ai plus à parler de la question de priorité, puisque M. Dolbeau vient de nous déclarer qu'il n'avait pas songé à l'attribuer à M. Nélaton. J'ai demandé des renseignements et M. Dolbeau conclut que je ne suis pas au courant de la question. J'en sais ce que j'en puis savoir après avoir lu tout ce qui a été écrit à ce sujet. M. Nélaton a publié une observation, j'en ai pris connaissance comme je le devais, mais il y en a quatre autres dont M. Dolbeau est venu nous parler et c'est là dessus que je l'interroge. Ce ne sont pas des renseignements théoriques, ni le simple exposé des résultats que je réclame, mais les particularités de l'opération appliquée. On a employé l'électrolyse au lieu des moyens habituels, cela a-t-il été mieux ou plus mal, je n'en sais rien.

Deux nouvelles méthodes d'exérèse sont nées de notre temps, l'écrasement linéaire et la galvano-caustique, toutes les deux sont excellentes, pourquoi donc n'ont-elles pas fait le même chemin dans la pratique ? On ne peut nier que ce ne soit à cause des nombreuses petites difficultés de l'application du galvano-cautère. Je sais, comme mon collègue, que le progrès est aussi bien suivi dans les hôpitaux de province que dans ceux de Paris. Mais ici comme ailleurs, toute les fois qu'il y aura des moyens simples et efficaces, on les préférera à ceux qui, plus compliqués, n'ont pas d'avantages plus certains. Que l'on démontre par des observations bien prises que l'électrolyse est supérieure aux autres méthodes, et chacun l'adoptera, même avec ses difficultés d'application. Jusqu'à ce moment du moins, il nous est permis de préférer les méthodes de traitement que l'expérience a sanctionnés.

M. VELPEAU. Ce que M. Legouest a dit de la période de vitalité de certaines tumeurs, me paraît important et mériter grande considération; je lui citerai deux observations. J'ai revu il y a six mois un malade opéré il y a vingt ans par Robert. Le polype avait été arraché sans opération préalable, il n'a pas repoussé, mais l'apophyse basilaire est doublée d'un coussin fibreux élastique, épais, qui depuis douze ans n'a pas augmenté de volume et ne le gêne aucunement. J'ai opéré l'autre malade il y a neuf ans, le malade en avait alors dix-huit. Je n'ai pas fait d'opération préalable, le polype a été arraché, morcelé. La guérison s'est maintenue, mais chez celui-là il y a encore sur l'apophyse basilaire un tubercule fibreux gros comme un marron. Le

malade sait qu'il le possède, mais cela ne bouge pas, le gêne peu et il ne serait pas disposé à se le faire enlever. Ces deux cas viennent à l'appui de ce qu'avançait M. Legouest.

L'histoire des corps fibreux de l'utérus fournirait un très-grand nombre de faits analogues. Il y a bien longtemps que j'ai vu d'énormes tumeurs fibreuses qui paraissaient incurables, rétrocéder, disparaître, après la ménopause. J'ai signalé chaque année dans mes cliniques plusieurs faits de cette espèce, et si je pouvais les récapituler, leur nombre serait certainement imposant. J'ai même vu, mais dans des cas fort rares, la rétrocession s'opérer chez des femmes plus jeunes. Il ne me paraît pas probable que ce soit aux médications que revienne l'honneur de pareilles cures. Mais il me semble bien démontré qu'après la ménopause, de très-gros corps fibreux peuvent s'amoindrir et disparaître. Il y a donc là un champ ouvert à l'observation, car peut-être pourrait-on constater des particularités semblables pour d'autres maladies.

M. CHASSAIGNAC. Les tentatives faites par MM. A. Guérin et Legouest sont l'expression d'une heureuse tendance ; détruire le moins possible, marcher plus lentement, tempérer la gravité des opérations préliminaires. En ne reséquant qu'une petite partie de la voûte palatine, M. Nélaton avait déjà affirmé cette tendance. J'ai moi-même essayé de ruginer la base d'implantation du polype en renversant la portion cartilagineuse du nez et en portant à travers les fosses nasales le doigt armé d'un onglet. J'ai voulu aussi limiter la destruction dans l'enlèvement du maxillaire, et depuis longtemps j'ai dit qu'il était inutile d'enlever sa portion orbitaire.

On a publié de très-encourageantes statistiques de guérison après l'ablation totale du maxillaire supérieur. Mais qui ne sait que les statistiques faites avec des observations colligées dans les recueils périodiques, sont des statistiques de cas heureux, et qui ne sait aussi que l'ablation du maxillaire supérieur a maintes fois causé la mort. Pour moi, la bénignité de l'amputation du maxillaire n'est pas prouvée, et l'on pourrait expliquer le succès dans plusieurs cas, en faisant remarquer que la destruction de l'os que l'on a enlevé était en partie accomplie par la tumeur.

Il fallait donc simplifier l'opération préliminaire, et c'est ce que l'on a fait. Aujourd'hui on voudrait la supprimer, en particulier à l'aide de l'électrolyse. Mais avant de nous livrer aux expériences auxquelles nous convie M. Dolbeau, il nous faudrait plus de renseignements. L'électrolyse tue la tumeur, elle se gangrène, se décompose, n'est-ce pas là un grave reproche à lui adresser dans l'espèce, le reproche déjà fait à la ligature?

Quoiqu'il advienne de cette méthode, la tendance que je signalais en commençant me paraît bien marquée. Il y a quelques années à peine, M. Verneuil avait laissé la Société de chirurgie sous l'impression que c'était en ouvrant la voie la plus large, que l'on devait préluder à l'ablation des polypes naso-pharyngiens. Personne n'avait trop contredit, je crois qu'aujoud'hui l'ablation totale du maxillaire trouvera peu de partisans.

M. VERNEUIL. Les tendances conservatrices dont vient de nous parler M. Chassaignac ont toujours existé. Je sais aussi qu'il y a eu des guérisons après l'arrachement simple, après des éliminations spontanées. Mais là n'est pas la question. Il faut bien revenir aux chiffres et compter les guérisons de chaque méthode. On conviendra, je crois, que, dans la majorité des cas, il n'est pas possible de se passer de voie préliminaire; or, il est facile de démontrer que de toutes, la voie maxillaire est la meilleure. Ce n'est qu'après avoir étudié et comparé une masse énorme de faits, que jai établi cette proposition. Cela n'a pas empêché M. Langenbeck de dire: qu'enlever le maxillaire supérieur, était le comble de la barbarie et de l'ignorance. Tous les faits n'étaient probablement pas connus du chirurgien de Berlin, car il s'attribue le déplacement des os, imaginé ici par MM. Chassaignac et Huguier.

Mais que sont devenus les opérés de la chirurgie conservatrice, ceux auxquels on a déplacé les os, ceux, déjà très-nombreux, auxquels on a enlevé leur polype à l'aide de l'anse galvano-caustique de Milderdopf. J'ai vu beaucoup de ces observations dans les recueils allemands. Que sont devenus les malades, on ne l'a pas dit. Cependant nous ne le savons que trop, les polypes récidivent. Aussi ne puis-je appeler conservateur, un procédé qui expose à recommencer une grande opération; celui-là est conservateur qui permet de poursuivre le mal jusqu'à complète guérison.

M. DEMARQUAY. Je crois que l'on peut s'ouvrir une voie très-large sans enlever le maxillaire tout entier. Dans deux cas j'ai pu très-facilement arriver à l'implantation, en enlevant seulement la paroi antérieure du sinus maxillaire; souvent d'ailleurs le polype a ouvert la voie. Mes opérés n'étaient pas jeunes, l'un avait trente-trois ans et le second vingt-sept; ils ont été définitivement guéris.

Je serais partisan de la méthode électrolytique. En essayant de coaguler le sang dans les vaisseaux, à l'aide de l'électricité, j'ai souvent produit des escharres qui augmentaient ensuite d'étendue. L'action destructive des courants électriques est donc évidente, mais je crois dangereuse la commotion vive que détermine leur application. J'ai vu succomber une jeune dame pleine de vie et de santé,

venue à Paris pour être traitée d'une affection de l'oreille. On avait appliqué l'électricité ; une secousse violente fut ressentie, et dès lors se manifestèrent des accidents tout particuliers auxquels la malade succomba en peu de jours.

Je crois néanmoins, qu'en évitant la secousse, cette méthode peut être appliquée avec avantage. J'ai peine à admettre au contraire, que par la rugination on puisse arriver à enlever des polypes à implantations larges, à prolongements multiples.

M. DESPRÉS. J'ai eu l'occasion de voir le malade qu'a opéré M. Huguier, par déplacement du maxillaire. Après la guérison du polype, les dents étaient cariées, le maxillaire était resté mobile ; le malade, qui ne peut se servir de sa mâchoire, est dans de moins bonnes conditions que ceux qui ont un appareil prothétique. Je crois donc que ce fait plaiderait en faveur de l'opinion de M. Verneuil.

M. CHASSAIGNAC. Je ne trouve pas la conclusion de M. Després rigoureuse, ce qu'il vient de nous dire ne prouvant pas qu'il faille enlever tout le maxillaire. Je défends, ici, les ablations partielles, c'est-à-dire une manière de faire, bien distincte de celle des chirurgiens qui enlèvent, tout ou qui déplacent le maxillaire. J'ai abandonné l'ablation totale et je la combats, non-seulement parce qu'elle est préjudiciable pour le malade, mais parce qu'elle peut être inutile.

Vous dites que la maladie récidivera, mais sans le savoir au juste, puis vous pensez qu'elle récidivera d'autant mieux que vous aurez laissé une partie du mal. Cependant nous enlevons tous les jours des tumeurs dans d'autres régions, nous dépassons beaucoup les limites du mal et nous avons des récidives, alors même qu'il s'agit de tumeurs récidivant sur place. Ainsi, j'ai vu récidiver sept fois une tumeur fibro-plastique de la peau ; après la septième opération, il y eut généralisation. Je suis loin de blâmer le chirurgien qui veut enlever dans son entier le polype naso-pharyngien, en détruire toutes les implantations. Je pense qu'il est autorisé à s'ouvrir une voie suffisante pour arriver le mieux possible à la destruction de la tumeur, mais il ne faut pas que son opération préliminaire puisse être préjudiciable au malade, puisqu'il ne sait pas si la destruction absolue qu'il recherche par sa large ouverture est la condition absolue de la guérison.

M. BROCA. Je désire revenir sur quelques points relatifs à l'application de l'électricité pour la destruction des tumeurs. On a désigné la méthode sous les noms d'électrolyse, d'électro-chimie. Ni l'un ni l'autre n'expriment, je crois, la vérité. Crussel, qui eut le premier l'idée d'appliquer l'électricité à la destruction des tumeurs, créa aussi le mot électrolyse. Il avait eu la prétention, non-seulement de pro-

duire rapidement des escharres autour des aiguilles enfoncées dans les tumeurs, mais encore de modifier, de dissoudre par les alcalis, autour du pôle négatif, les éléments de ces tumeurs. Or il fut bientôt prouvé qu'il y avait formation d'escharres et non décomposition par la pile.

L'application de l'acupuncture aux tumeurs sanguines a souvent donné l'occasion de produire sans le vouloir des escharres. Cela m'est arrivé pour une tumeur érectile de la lèvre supérieure; je me servis d'une pile de Volta, et je crus pouvoir porter la tension jusqu'à cinquante couples. Il se produisit une escharre autour de l'aiguille négative et grâce à la gangrène que je n'avais pas cherchée la tumeur guérit complétement. Dans la galvano-puncture appliquée aux anévrysmes, c'est la peau qui se mortifie. Si la cautérisation était chimique, elle devrait se produire à la pointe de l'aiguille. On a objecté que l'acide peut refluer le long de l'aiguille et venir ainsi cautériser la peau. L'escharre aurait alors sa base dans la tumeur et son sommet à la peau, tous les tissus intermédiaires seraient frappés; il n'en est rien. Ce n'est donc pas par une action chimique que l'escharre peut se produire dans ces conditions. L'électricité agit probablement ici comme le fait la foudre, les tissus sont tués, puis ils se décomposent. C'est ce qui a pu faire croire à M. Demarquay que l'escharre tendait à s'accroître. Rien de pareil n'est possible, l'escharre se montre, devient apparente, voilà tout. Je crois moins que M. Demarquay au danger de la secousse, qui peut être produite par les appareils usités en médecine. Je ne me l'explique même pas dans le cas dont il nous a parlé. D'après ce que me dit M. Houel, M. Nélaton emploie quatre éléments de Bunsen, et la secousse est très-douloureuse; même avec vingt éléments, on n'obtiendrait pas une secousse pouvant déterminer le foudroiement dont nous a parlé notre collègue.

M. HOUEL. Avec quatre éléments Bunsen, lorsque les aiguilles sont appliquées sur une tumeur qui siége à la base du crâne, j'ai toujours vu au moment où s'établit le courant et au moment où on l'interrompt, se produire une secousse très-pénible. Le malade se plaint très-vivement, et ce serait un argument sérieux contre l'application de l'électro-chimie à la cure des polypes naso-pharyngiens, si l'on n'était parvenu à supprimer toute secousse. Des modifications toutes spéciales apportées à l'appareil ont permis à M. Nélaton d'arriver sûrement à ce résultat. Je les ferai connaître dans un prochain travail, je me contenterai pour le moment de dire que les aiguilles doivent être introduites dans la masse morbide avant l'établissement du courant, et qu'elles n'en doivent être retirées que quand il est complétement interrompu.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

Sur 31 votants :

MM.	Tillaux a obtenu. . .	29 voix.
	Liégeois	1 —
	Billet blanc	1 —

M. Tillaux est proclamé membre titulaire de la Société de chirurgie.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

La *Gazette médicale de Strasbourg;*

Le *Bulletin médical du nord de la France;*

Les *Archives générales de médecine.*

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le Ministre de l'instruction publique, accordant à a Société de chirurgie une allocation de 600 francs;

Une lettre de M. Gibson, directeur du département médical de l'armée, remerciant la Société de l'envoi du *Bulletin* de 1865;

Des lettres de MM. Tillaux, Brown-Séquard et Donders, remerciant, le premier du titre de titulaire, les seconds du titre de correspondants étrangers qui leur ont été confiés.

MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, présentent un nouveau kystitome, construit d'après les indications de M. le docteur Desmarres fils.

— M. LARREY présente, au nom de l'auteur, une brochure intitulée : *De l'Uréthrite chronique et de son traitement par la dilatation progressive,* par M. Allaire, médecin-major aux chasseurs à cheval de la garde impériale. — En son propre nom, une Notice sur M. Montagne, ancien chirurgien-major du premier Empire, etc.

Couteau galvano-caustique à chaleur graduée.

M. BROCA présente, au nom de l'auteur M. E. de Séré, médecin-major à l'hôpital militaire de Vincennes, un instrument dont voici la description :

Ce couteau est un instrument de chirurgie, dont la lame en platine s'échauffe à 1,500 degrés de chaleur, par le passage d'un courant galvanique produit par une pile de Grenet.

Le platine étant un métal mou, cette lame n'a pas de tranchant qui lui soit propre; mais elle en acquiert un excellent au moyen du feu électrique, qui lui communique instantanément avec un fulgurant éclat une trempe spéciale, car la lame redevient mousse dès que la chaleur disparaît. A 1,500 degrés, au rouge blanc éclatant prêt à fondre, les tissus coupés net restent béants, le sang en sort à plein canal. Ce couteau à lame fixe est hémorrhagique.

Cet instrument a été gradué de 1,500 à 600 degrés. Sa chaleur augmente ou diminue au moyen d'un procédé fort simple, qui consiste à allonger ou à raccourcir la portion de platine comprise dans le circuit : la lame ardente passe ainsi par tous les tons de l'échelle lumineuse calorifique, depuis le rouge blanc éclatant qu'on obtient à 1,500 degrés jusqu'au rouge sombre à 600 degrés.

Par la graduation on réunit en un seul instrument trois indications *chirurgicales :*

1° La section hémorrhagique, à 1,500 degrés;

2° La section hémostatique, à 600 degrés;

3° Les sections et cautérisations graduées, à tous les degrés intermédiaires.

On peut le graduer de deux façons, hors du manche et dans le manche.

Le couteau qui se gradue hors du manche est à lame mobile : un bouton isolant pousse la lame graduée hors du manche, d'où elle sort en glissant à frottement doux entre les deux extrémités des rhéophores de la pile.

Le couteau gradué dans le manche est à lame fixe : un bouton mobile en métal très-bon conducteur déplace son point de contact en glissant sur une échelle de graduation en platine placée dans le manche.

Ce petit couteau, envoyé comme modèle à l'Exposition de 1862 à Londres, peut être transformé de façon à remplacer la lame par toute autre forme d'instrument et à les graduer de la même façon.

M. DEMARQUAY. J'ai fait plusieurs ablations de tumeurs avec le

couteau galvano-caustique. Je désire attirer l'attention sur la facilité incroyable, effrayante avec laquelle cet instrument pénètre les tissus. On pourrait, si l'on n'était prévenu, être exposé à de graves accidents.

M. BROCA. Milderdorpf a beaucoup insisté sur la puissance avec laquelle pénètrent ou sectionnent les instruments galvano-caustiques; c'est là une propriété bien démontrée et bien connue.

Hygiène hospitalière. — Maternités.

M. L. LE FORT fait hommage à la Société de chirurgie d'un ouvrage intitulé : *Des Maternités*. Sur l'invitation de M. le Président, M. Le Fort remettra, pour être consignée dans le procès-verbal, une note résumant les faits principaux exposés dans son livre.

M. L. LE FORT. Je remercie la Société du désir qu'elle exprime, et je tâcherai d'être court pour ne pas abuser de sa bienveillance. Ce travail est basé sur une statistique de 1 million 800 mille accouchements, pratiqués en nombre à peu près égal, dans des hôpitaux ou des maternités (888,312), ou effectués en ville par les soins d'institutions charitables, et en ville, au domicile des accouchées (934,781). Ce rapprochement montre une différence énorme dans la mortalité, suivant le milieu où s'est opéré l'accouchement. Dans les hôpitaux, la moyenne a été environ de 1 morte sur 30 accouchées, tandis que cette mortalité n'est en ville que de 1 sur 150, 200 et quelquefois moins encore.

Cette différence, sur laquelle notre collègue M. Tarnier a été le premier à appeler l'attention en 1858, est telle à Paris, que les bureaux de bienfaisance donnent, pour 1862, 63 et 64, une mortalité moyenne de 1 accouchée sur 187, tandis que la maternité de 1860 à 1864, sur 9,886 accouchées, en perdait 1,226, c'est-à-dire 1 sur 8.

Cette différence dans les resultats, suivant le milieu où s'opère l'accouchement, se retrouve, quoique moins marquée, dans toute l'Europe.

Il me fallait tout d'abord m'assurer de l'exactitude numérique des statistiques : j'ai éliminé celles des établissements où les accouchées malades sont transférées dans les hôpitaux ; j'ai conservé celles où ce transfert est accidentel, car le seul résultat était de diminuer un peu le chiffre de la mortalité des maternités ; or, cette atténuation serait loin de venir en aide à la thèse que je soutiens, puisque je montre avec la statistique que la mortalité des maternités, même avec cette atténuation accidentelle, est encore excessive.

Cette différence dans les résultats peut être influencée par l'état

social et moral des femmes reçues dans les maternités; mais je démontre qu'elle est loin d'être due à cette cause.

Elle n'est pas due non plus au chiffre plus considérable des accouchements laborieux et des opérations obstétricales; car, si la mortalité est plus grande après l'intervention active de l'accoucheur, cette légère élévation, portant sur un chiffre restreint d'accouchements, disparaît devant l'influence bien autrement grande de la mortalité générale de toutes les accouchées d'un même établissement.

La mortalité excessive des maternités est due au large développement de la fièvre puerpérale.

L'apparition de cette maladie ne subit que très-peu l'influence des saisons, du climat, des épidémies concomitantes, des conditions individuelles, de la population plus ou moins considérable de l'établissement.

Le caractère de la fièvre puerpérale est de se montrer sous forme d'épidémie. Les épidémies ne sont pas dues à un germe répandu dans l'atmosphère, à des conditions météorologiques, car pour une même ville, il n'y a pas coïncidence dans l'état sanitaire de deux maternités voisines. J'ai montré, par des travaux graphiques, que tandis que la Maternité de Paris est le siége d'épidémies épouvantablement graves, et cela pendant plus d'une année, la mortalité de la Clinique reste au-dessous de sa mortalité moyenne ordinaire.

J'ai montré les mêmes faits pour les deux maternités de Pétersbourg. Je l'ai montré pour Vienne, là où les deux maternités sont placées dans le même hôpital, dans le même bâtiment, mais sans communication du personnel de l'un avec l'autre, la première étant destinée aux étudiants, la seconde aux élèves sages-femmes.

C'est la contagion qui est cause du développement de la fièvre puerpérale sous forme d'épidémie; c'est la contagion d'une fièvre puerpérale accidentellement développée, s'étendant aux accouchées saines. Elle est favorisée par la réunion des accouchées dans les mêmes salles; elle est transmise par les malades, par les infirmières, par le médecin lui-même, et les épidémies décrites dans les villes, dans les villages, n'existent parfois que dans la clientèle d'un seul accoucheur.

L'isolement immédiat des accouchées malades, la séparation du personnel médical, l'observation des lois de la propreté, sont des conditions indispensables de cette hygiène spéciale. La Commission fonctionnant au ministère de l'intérieur n'avait pas reconnu ce fait capital de la contagion, et quoique le rapport ait été fait par mon regretté maître M. Malgaigne, la vérité m'oblige à dire qu'il proposait, d'accord avec la Commission, des mesures insuffisantes : l'aération,

l'espacement des lits, un large cubage d'air, des salles de dix lits, diminuent mais ne suppriment pas les chances de contagion. Supprimer les causes de contagion, tel est le but que j'ai cherché à montrer et que j'ai cherché à atteindre dans le projet de maternité qui termine et résume cet ouvrage.

J'ai dans des chapitres séparés donné la description et l'organisation des principales maternités d'Europe, l'organisation de l'enseignement pour les étudiants et les élèves sages-femmes, et enfin un aperçu des conditions qui règlent en Angleterre, en Prusse, en Russie, en Autriche et en France, la pratique civile de l'accouchement.

Traitement des polypes naso-pharyngiens.

M. VERNEUIL cite, à l'appui des opinions émises par M. Legouest et défendues par M. Velpeau, sur la récidive et la marche de certaines tumeurs fibreuses, une observation de polype naso-pharyngien opéré par la résection de la voûte palatine. Pendant plusieurs années, on a cru la guérison radicale et le fait a été compté comme un exemple de cure complète.

La malade sera opérée de nouveau, et la suite de l'observation sera communiquée ultérieurement.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Luxation congéniale du cristallin.

M. FOLLIN présente à la Société un jeune homme de vingt ans, atteint aux deux yeux d'une lésion congéniale des plus rares, un déplacement du cristallin en haut et en dedans.

C'est vers l'âge de trois ans qu'on s'aperçut de quelques troubles visuels chez ce malade; il avait quelque difficulté à trouver ses jouets qu'il cherchait plutôt avec ses mains qu'avec ses yeux. Jusqu'en 1859 il ne put guère s'occuper des travaux de lecture, mais à cette époque il vint à Paris, et un opticien lui construisit, sur les conseils du docteur Desormeaux, une lunette de Galilée pour voir de loin, et un autre système de lentille, analogue aux doublets, à l'aide duquel il put voir de près, lire nettement à une distance de 20 centimètres et faire des études de mathématiques au tableau.

Aujourd'hui ce malade est dans l'état suivant : il a un strabisme convergent et alternant aux deux yeux, et dans l'exercice de la vision binoculaire, il éprouve quelquefois de la dyplopie qui ne se voit plus dans la vision monoculaire. Quand on examine ses yeux directement à la lumière naturelle, on ne voit rien d'anormal dans les membranes externes, mais seulement un léger *tremulus* de l'iris. Si l'on illumine les yeux soit par l'éclairage oblique, soit, ce qui vaut

mieux, par l'éclairage direct, on constate, derrière l'iris, en haut et en dedans, un corps lenticulaire, possédant tout à fait la forme d'un segment du cristallin et bordé d'une ligne noirâtre qui paraît provenir du pigment de l'uvée. La disposition de ces cristallins déplacés est la même des deux côtés : seulement à l'œil droit, la transparence dn cristallin est moins complète qu'à gauche.

L'examen du fond de l'œil avec l'ophthalmoscope démontre que la rétine est intacte, mais il existe au côté externe des deux pupilles un demi-cercle d'atrophie choroïdienne.

Voulant s'assurer si l'emploi des systèmes de lentille dont ce jeune homme se sert lui était absolument indispensable, M. Follin l'a soumis à différents essais de vision avec des verres bi-convexes, et il a constaté qu'il pouvait se passer de ces systèmes compliqués, lourds et pénibles à employer. Ce jeune homme est en grande partie dans les conditions des opérés de cataractes et peut, comme eux, faire usage des verres bi-convexes ordinaires. Ainsi, avec des verres bi-convexes numéro 3 1/2, ce malade peut lire à 23 centimètres des caractères typographiques fins, et avec des verres bi-convexes numéro 5, la vision de loin est très-convenable pour les différents besoins de la vie.

L'astigmatisme recherché par différents essais à l'aide de la lunette à fentes n'a point été constaté à un degré qui puisse exercer de l'influence sur la vision.

M. Follin montre aux membres de la Société, à l'aide d'un ophthalmoscope fixe, la disposition des cristallins luxés, et conclut en conseillant de faciliter la vision chez ce jeune homme par le seul usage de verres bi-convexes ordinaires, numéros 3 1/2 et 5.

M. PERRIN. Le malade que vient de nous montrer M. Follin, est dans la condition de ceux auxquels on a extrait le cristallin. Il devrait voir avec des verres convexes. Il ne voit bien cependant qu'avec une lunette de Galilée. J'en inférerais que la rétine est peu sensible. Il est un autre point qui a attiré mon attention : malgré son déplacement, le cristallin est encore en partie dans le champ pupillaire, qui est à la fois occupé par cette portion de lentille et le corps vitré. Les rayons lumineux traversent donc des milieux dont l'indice de réfraction est différent. De là, sans doute, un astigmatisme irrégulier. Je me demande si l'on n'arriverait pas à un bon résultat en combinant l'emploi des verres convexes et cylindriques.

M. TRÉLAT pense que chez ce malade il ne doit pas exister d'astigmatisme.

M. FOLLIN. L'astigmatisme irrégulier est fort difficile à corriger. J'examinerai le malade à ce point de vue. Ainsi que j'ai eu l'honneur

de le dire, n'ayant que momentanément le sujet à ma disposition, je l'ai présenté à la Société avant même de l'avoir étudié complétement. Je remettrai pour le procès-verbal une observation complète.

M. LARREY. Je ne rappellerai pas le jeune malade que j'ai présenté à la Société, il y a une douzaine d'années, comme un exemple curieux de luxation traumatique du cristallin non cataracté. Mais je crois que M. de Graefe a publié des observations analogues dans les *Archives d'ophthalmologie*, et qu'il ne considérait même pas ces déplacements comme fort rares.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Luxation sous-glénoïdienne de l'humérus.

M. BROCA présente un moule en plâtre pris sur un malade observé par lui à l'hôpital Saint-Antoine et donne les renseignements suivants:

Le malade, âgé de soixante-trois ans, en état d'ivresse est tombé de sa hauteur seulement, dans la rue. La chute a eu lieu sur le côté droit du corps; immédiatement après abolition des fonctions du membre supérieur droit. Le blessé est transporté à l'hôpital deux heures après. Il est très-maigre, quoique bien portant habituellement: aussi est-il facile de se bien rendre compte des lésions subies par le membre supérieur droit.

Le deltoïde tendu et aplati au niveau de l'articulation tombe à angle obtus sur l'humérus; le coude est élevé et le bras forme avec le tronc un angle de plus de 90 degrés. On pourrait au premier abord penser à une fracture de l'humérus, mais il est facile de constater que la tête a quitté la cavité glénoïde, qu'elle est déplacée dans l'aisselle et que le levier huméral est intact.

La tête de l'humérus est immédiatement sentie sous la peau, on voit et l'on sent la saillie qu'elle forme à la base de l'aisselle. Elle est placée au-dessous de la cavité glénoïde, contre la côte de l'omoplate, au-dessous et en dedans de la ligne d'insertion de la longue portion du triceps. On constate à la face inférieure de la saillie osseuse la gouttière bicipitale qui regarde directement en bas. L'humérus a donc subi un mouvement de rotation en dedans, ce dont témoigne la position de l'épitrochlée qui regarde en arrière. L'angle inférieur de l'omoplate est écarté du tronc et rapproché de la colonne vertébrale. L'avant-bras fléchi est dans la pronation. Les muscles sont tendus, roidis, les mouvements actifs sont impossibles, les mouvements passifs limités; on peut imprimer de très-légers mouvements d'élévation,

d'abaissement et d'abduction, l'abduction est surtout difficile. La tête est en somme immobilisée dans sa position nouvelle.

Le bras est raccourci mais d'un centimètre seulement, le côté malade mesure 0,28, le côté sain 0,29.

La paroi antérieure de l'aisselle du côté malade est allongée, elle mesure 0,143, du côté sain 0,130.

La paroi postérieure présente une différence encore plus marquée du côté malade 0,172, du côté sain 0,142.

La circonférence de l'aisselle prise du sommet de l'acromion donne pour le côté malade 0,425, pour le côté sain 0,360.

La sensibilité cutanée est intacte, la circulation se fait bien, légère ecchymose le long du bord axillaire de l'omoplate, d'ailleurs ni gonflement ni traces de contusions.

La réduction fut facile, mais elle se fit manifestement en deux temps; après les premières tractions, la tête se dégagea comme un noyau de cerise que l'on expulse entre les doigts, mais la réduction n'était pas opérée. Cela fut aisément constaté par tous les assistants et par moi-même. Bientôt après la tête rentra dans la cavité glénoïde. J'ai donc tout lieu de présumer qu'une boutonnière musculaire embrassait et retenait la tête humérale.

M. DOLBEAU. J'ai observé récemment à l'Hôtel-Dieu un cas qui peut être rapproché de celui de M. Broca. Un jeune homme pris dans un engrenage avait eu la main et l'avant-bras arraché; on l'apporta à l'hôpital. Je pus constater que l'humérus était brisé à sa partie moyenne, et que la tête de cet os chassée de sa cavité était fortement portée en bas et avait perforé les téguments. La coulisse bicipitale regardait également en bas, je la sentais, je la voyais même à travers la perforation; le bras était élevé et immobile. Malgré l'emploi du chloroforme, je ne pus parvenir à réduire la luxation et le malade succomba quelques jours après.

La tête de l'humérus était appliquée sur la côte de l'omoplate, la capsule était largement déchirée à la partie antérieure et supérieure. Le muscle sous-scapulaire recouvrait en partie la tête humérale, mais il n'y avait pas de boutonnière musculaire; je l'avais soupçonnée pendant la vie du malade, mais je n'ai rien trouvé qui y ressemblât. Anatomiquement, je n'ai donc pu m'expliquer quel avait été l'obstacle à la réduction.

M. GUYON. Au mois de décembre dernier, pendant une courte absence de mon collègue M. Follin, j'ai eu l'occasion de réduire, dans son service, une luxation sous-glénoïdienne de l'humérus.

Le malade, âgé de cinquante-deux ans, homme de peine, fortement musclé, était, cinq jours avant son entrée à l'hôpital, monté sur une

charrette pour la décharger. Le cheval ayant fait un écart, il tomba à terre, roula ensuite sur une pente jusqu'à une profondeur de quinze pieds. Il se fit plusieurs contusions légères, sentit une forte douleur à l'épaule gauche, et reconnut qu'il lui était impossible de remuer le bras. Le moignon de l'épaule se tuméfia rapidement, il y appliqua des cataplasmes pendant quatre jours et n'entra que le cinquième à l'hôpital Cochin.

Le gonflement du moignon de l'épaule de la région sus-claviculaire, de la région scapulaire, de la paroi latérale du thorax, était tellement considérable que je craignis d'acquérir la preuve d'une déchirure vasculaire importante. Je fus au moins rassuré pour l'axillaire, la circulation du membre malade était normale. Malgré le gonflement, on était frappé de la tension du deltoïde, qui appliqué sur la cavité humérale rejoignait l'humérus à angle très-obtus. Le coude était écarté du tronc, mais seulement sous un angle d'environ 45 degrés. La tête humérale fortement abaissée formait sous la peau de l'aisselle un relief parfaitement sensible à la vue. Il était facile de la sentir à travers la peau, mais nous n'y avons pas reconnu la gouttière bicipitale. D'ailleurs, le bras n'était pas tordu sur son axe. Les mouvements communiqués se transmettaient à la tête, mais lorsqu'on la repoussait directement, on ne pouvait lui imprimer de déplacement. Sa mobilité n'était donc pas en rapport avec le degré du déplacement. Une ligne horizontale, tirée du niveau de la face inférieure de la tête luxée, passait à 0,05 seulement au-dessus du mamelon gauche.

Le bras luxé était allongé d'un centimètre, et donnait 0,28 à la mensuration, tandis que le bras du côté sain ne mesurait que 0,7; Les deux bras étant, bien entendu, placés dans une position identique.

Je désirais réduire sans efforts de traction, préoccupé que j'étais de la possibilité d'une déchirure vasculaire. Le malade fut chloroformé jusqu'à résolution musculaire complète; l'avant-bras confié à deux aides et la contre-extension à deux autres. Après quelques tractions faites horizontalement, la tête rentra sans aucun bruit dans sa cavité. Le lendemain, la tuméfaction avait notablement augmenté dans la région sus-scapulaire et envahissait les parties latérales du cou. L'immobilité la plus absolue du membre, de très-larges cataplasmes, tels furent les moyens employés.

Les suites de l'opération furent simples, et je n'avais plus revu le malade, lorsque M. Follin me fit savoir qu'il avait découvert une fracture de la partie inférieure de la cavité glénoïde se prolongeant sur la côte de l'omoplate, dont elle avait séparé une partie.

Voici, en effet, ce que l'on constatait dix-sept jours après l'accident :

« La conformation extérieure de l'épaule est normale, les saillies et les dépressions de cette région se correspondent des deux côtés. Les mouvements de l'article sont assez bien rétablis, l'adduction est encore un peu gênée. Le malade se plaint de sentir de temps en temps des élancements dans le creux de l'aisselle. En imprimant des mouvements au bras, on perçoit de légers craquements. Si on porte le doigt sous l'aisselle, on sent une saillie dure et sensible à la pression. Si, en même temps, on imprime des mouvements au bras, on s'aperçoit que la tumeur ne bouge pas; si, au contraire, on dit au malade d'élever ou d'abaisser l'épaule, on la sent remuer sous le doigt. Cette saillie osseuse est donc attachée au bord axillaire de l'omoplate. »

M. BROCA. Je crois pouvoir affirmer que rien de semblable n'existait chez mon malade. Non-seulement rien ne pouvait le faire présumer avant et pendant la réduction, mais la très-grande rapidité de la guérison témoignerait encore contre cette supposition.

M. VERNEUIL communique un cas analogue, il montrera la pièce pathologique dans la séance suivante. L'observation sera publiée ultérieurement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Montpellier médical.*

Le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques;*

Quelques mots sur les pneumonies suettiques, par M. Putégnat (de Lunéville).

Six opérations de fistule vésico-vaginale, par M. Courty (de Montpellier).

— M. Trélat fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *Les Hôpitaux, assistance et hygiène.*

— M. Larrey présente, au nom de M. Marion Sims, un livre intitulé : *Notes cliniques sur la chirurgie de l'utérus.*

— M. Brown-Séquard, membre correspondant étranger, fait hommage de ses *Leçons de physiologie et de pathologie du système nerveux central*, faites au Collége royal des chirurgiens d'Angleterre en mai 1858.

— M. Follin présente, au nom de M. Forichon, sa thèse inaugurale : *Quelques observations sur la méthode indirecte de traitement des fistules vésico-vaginales.*

— M. Giraldès offre une série d'ouvrages qu'il a reçus d'Angleterre pour la Société : 1° Le vingt-sixième volume des *Transactions de la Société pathologique de Londres;* 2° le *Catalogue* (suppléments n° 1 et n° 2) *du musée du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre;* 3° le *Catalogue de la bibliothèque du Collége royal des chirurgiens d'Angleterre*, vol. IV, partie Ire et IIe, 1855-1860; 4° cinq volumes de la *Statistique sanitaire et médicale de l'armée*, pour 1859, 1860, 1861, 1862 et 1863.

— M. Soulez (de Romorantin) adresse une note sur une cause peu connue de l'apoplexie de la rétine. (Commissaire unique, M. Perrin).

— M. Verneuil présente un mémoire de M. Gayet (de Lyon), intitulé : *De l'hypertrophie conjonctive généralisée.* (Commissaires : MM. Verneuil, Follin et Tarnier).

A propos du procès-verbal :

Maternités.

M. TARNIER demande à ce qu'une discussion s'engage sur l'ouvrage présenté par M. Le Fort.

Après quelques observations de MM. Trélat, Perrin et Cloquet, qui rappellent qu'il n'est pas dans les usages de la Société de mettre en discussion les ouvrages de ses membres, il est décidé que la parole sera réservée à M. Tarnier, dans une prochaine séance, pour faire une communication sur l'*hygiène des maternités.*

Luxation sous-glénoïdienne de l'humérus.

M. VERNEUIL montre la pièce anatomique de la luxation sous-glénoïdienne de l'humérus, dont il a parlé dans la dernière séance, et remet l'observation suivante :

Lorsque M. Broca a mis sous les yeux de la Société le moule en plâtre de la luxation qu'il avait observée, j'ai été frappé de la similitude absolue de la déformation avec celle d'un accident de ce genre, que j'avais rencontré à Lariboisière, et dont j'avais même sommairement entretenu mes collègues, dans une communication sur quelques

luxations rares qui s'étaient présentées dans mon service, dans les derniers jours de l'année dernière. A ce moment, je n'avais pas prononcé le nom de luxation sous-glénoïdienne, je m'étais contenté de dire que la tête était si loin de sa position normale qu'elle paraissait avoir abandonné tout à fait la cavité glénoïde, pour se mettre en rapport avec la paroi de la poitrine et les espaces intercostaux.

Du reste, même attitude, le bras étant presque à angle droit, le deltoïde très-tendu, la tête soulevant la peau de l'aisselle, etc. Je ne fis point de mensuration exacte et me mis en devoir de réduire. L'accident datait de la veille, le sujet était un vieillard maigre, assez chétif, peu musclé; d'un autre côté, un aussi grand déplacement impliquait à mes yeux la destruction très-large de la capsule; j'annonçai donc que la réduction serait très-aisée, ce qui fut vrai, car je l'effectuai seul, en quelques instants et sans le secours du chloroforme. Le membre fut immobilisé pendant quelques jours, après quoi, tout paraissant se passer comme à l'ordinaire, on ne s'occupa plus de cette lésion.

L'attention, d'ailleurs, en fut détournée par des accidents beaucoup plus graves, qui se développèrent du côté opposé, c'est-à-dire à la partie inférieure de la jambe gauche, qui avait été contuse lors de la chute. De ce point, en effet, partit un phlegmon diffus, à marche insidieuse, qui peu à peu gagna toute la région du cou-de-pied, puis la jambe, superficiellement et profondément, de sorte que tout ayant été employé vainement pour arrêter les progrès du mal, émissions, débridements, drainage, injections, etc., je me décidai à pratiquer l'amputation de la jambe au lieu d'élection supérieur, pour tenter de sauver le malade, dont l'état était presque désespéré. Cette ressource elle-même fut inefficace : le moignon fut pris de pourriture d'hôpital dont les plaies de la jambe avaient déjà présenté des traces et le malade succomba à cette complication douze jours après l'amputation. (Je dirai en passant, que la pourriture d'hôpital est tellement rare actuellement, que depuis plusieurs années je n'en avais pas vu d'exemple et que je ne pus en arrêter les progrès ni par l'iode, ni par le perchlorure de fer, le tartrate ferrico-potassique, l'acide phénique, ni même une cautérisation au fer rouge énergique et complète).

Deux mois environ s'étaient écoulés depuis la chute et la réduction de la luxation ; néanmoins je ne laissai pas échapper cette occasion d'examiner l'état de la jointure scapulo-humérale. J'annonçai que nous trouverions la capsule largement déchirée, surtout à la partie *interne et inférieure,* la tête ayant dû s'échapper en bas et en dedans pour occuper la position que nous avions constaté et sur le vivant.

Aussi, mon étonnement fut-il grand lorsqu'il me fut prouvé que

ces prévisions étaient inexactes. A l'autopsie, nous trouvâmes naturellement la luxation réduite et les surfaces articulaires dans leurs rapports normaux; mais lorsque nous reproduisîmes le déplacement, ce qui fut aisé, la solution de la capsule étant encore tout à fait béante, nous vîmes : 1° que la déchirure portait sur les insertions du manchon fibreux à l'humérus, non point en dedans, mais en dehors; 2° qu'elle comprenait environ les 3/5 de la circonférence de ces insertions, depuis la base de la petite tubérosité en avant, jusqu'à l'union des deux facettes de la grosse tubérosité avec la troisième en arrière; 3° qu'il y avait arrachement des tendons du sous-scapulaire, du sus-épineux, du sous-épineux, le petit rond restant seul attaché à l'humérus; 4° que la capsule enfin n'adhérait plus à l'humérus que dans ses 2/5 inférieurs et internes, c'est-à-dire du côté de l'aisselle, précisément dans le point où nous avions cru la déchirure inévitable et démontrée *a priori*.

ce n'est que par un déplacement consécutif qu'elle avait pu se loger dessous l'extrémité la plus basse de la cavité glénoïde. Nous essayâmes de lui faire reprendre cette position déclive, mais sans pouvoir y réussir complétement, à la vérité; la portion restante de la capsule, qui dans l'état normal est mince et extensible, s'était sans doute rétractée par suite de l'inflammation consécutive, ce qui tendrait à le prouver c'est que le mouvement d'abduction était beaucoup moins étendu que d'habitude, limité qu'il était, même après la dissection complète, par cette même capsule.

Au reste les surfaces diarthrodiales, la face profonde de la capsule, les parties environnant l'articulation ne présentaient aucune trace de phlegmasie, ni brides, ni adhérences, ni exsudation, nulle trace même de cicatrisation de la déchirure. Le tendon du biceps était luxé, il était à la partie antérieure de la jointure, à deux centimètres au moins de sa gouttière. Les débris de sa gaîne avaient contracté quelques adhérences et offraient çà et là quelques noyaux d'ossification aussi bien que les tendons du grand pectoral, du grand dorsal et du grand rond.

Les tendons des muscles rotateurs étaient rompus au point précis de leur insertion à l'humérus, il n'y avait aucune fracture des tubérosités.

Dans la grande majorité des cas, la déchirure de la capsule siége à la partie interne, inférieure et antérieure de la capsule et cela s'explique puisque la luxation se produit le plus souvent dans le mouvement d'abduction ou lorsque le bras est écarté du tronc. Dans le cas actuel, il fallait invoquer un tout autre mécanisme et une attitude tout à fait

inverse. Nous discourions sur cette anomalie, lorsqu'un élève de service parcourant ses notes en trouva l'explication. En effet le malade avait été renversé par une voiture et roulé à terre. Son bras était dans la flexion et l'adduction forcée lorsqu'il sentit à l'épaule une douleur vive. La tête dans cette position distendait donc la partie externe de la capsule, lorsque celle-ci avait cédé à ses insertions humérales; ce commémoratif rend bien compte du fait exceptionnel que nous rapportons et qui nous a semblé digne d'être consigné.

La pièce anatomique est conservée dans la petite collection pathologique que quelques médecins de Lariboisière sont en train de former.

M. CHASSAIGNAC. A. Cooper a publié sous le titre de luxation de l'humérus en bas un cas de luxation sous-glénoïdienne, immédiatement suivie d'autopsie. La tête humérale reposait sur le bord axillaire du scapulum, entre ce bord et les côtes, et son centre était environ un pouce et demi au-dessous de celui de la cavité glénoïde. Le ligament capsulaire était déchiré dans toute la hauteur du bord interne de la cavité glénoïde; la déchirure aurait pu admettre un corps beaucoup plus volumineux que la tête de l'humérus (obs. 99e, p. 80). Je ne donne que les détails principaux, ce fait est des plus importants, parce que la luxation était toute récente, lorsque l'autopsie fut pratiquée. C'est le seul cas d'autopsie d'un cas récent que je connaisse.

M. LARREY. Dans une thèse soutenue par M. Denglehem, d'après Sédillot, se trouve un exposé complet de la question des luxations anciennes. Ce travail a été publié trois années avant la traduction de A. Cooper.

Polypes naso-pharyngiens.

M. VERNEUIL a opéré le malade dont il a parlé dans la dernière séance. Il s'est servi de l'écraseur linéaire, tout a été simple et facile. Il montre la pièce anatomique à la Société. L'observation sera complétée et publiée ultérieurement.

Luxation congénitale du cristallin.

M. DESPRÉS. M. Follin, à l'occasion du malade qu'il a présenté dans la dernière séance, a fait justement remarquer que les luxations congénitales du cristallin étaient très-rares. La riche collection du bulletin de la Société de chirurgie, cependant, renferme un exemple de luxation congénitale du cristallin qui a été présenté ici par M. Wecker. Les deux cristallins étaient luxés en haut; il y avait de la diplopie et la malade voyait avec le n° 7 des verres convexes. M. Wecker a fait le déplacement pupillaire par le procédé de Critchett.

Je cite ce fait surtout pour constater qu'il n'y avait pas d'astigmatisme, pas plus que chez le malade de M. Follin, chez lequel M. Perrin avait supposé qu'il devait en exister.

M. FOLLIN. Ainsi que je l'ai dit dans la note consignée au dernier procès-verbal, le malade que j'ai présenté n'a pas d'astigmatisme. Je me suis assuré qu'il pouvait lire avec le trois et demi bi-convexe et voir de loin avec le cinq et demi. Je crois qu'on pourra lui construire des lunettes avec de simples verres convexes.

M. TRÉLAT. Les doutes que j'avais exprimés sur la possibilité d'un astigmatisme chez le malade de M. Follin se trouvent confirmés. Donders a signalé dans son ouvrage un cas d'obliquité du cristallin, qui s'accompagnait d'astigmatisme, mais il n'y a entre ce cas et celui dont nous parlons qu'une analogie fort éloignée.

M. PERRIN. Les doutes que j'avais soumis à M. Follin, relativement à la sensibilité rétinienne de son malade et à la possibilité d'un astigmatisme, tombent devant les résultats de son étude. Mais il n'en est pas moins vrai, que ce malade offrait des conditions qui peuvent produire l'astigmatisme. Souvent, il faut chercher dans le cristallin la cause de certains astigmatismes. C'est un fait bien démontré par les travaux de Donders.

M. DESORMEAUX. Le malade présenté par M. Follin m'a été confié alors qu'il était enfant; il avait douze ans. Je qualifierai d'ectopie cristallinienne et non de luxation le déplacement congénital des lentilles. Rien n'avait encore été fait pour remédier aux singuliers troubles de la vision présentés par ce malade. A la fois très-hypermétrope et très-myope, il ne pouvait distinguer les objets à la distance ordinaire. Il avait au contraire, surtout pour les objets éloignés, une très-grande acuité de vision. Après l'avoir bien examiné, j'arrivai à cette conviction, qu'il était très-hypermétrope quand il regardait à côté du cristallin, très-myope, quand les rayons lumineux traversaient la portion de lentille qui occupo le champ pupillaire. J'essayai les verres simples, il n'y voyait que momentanément. C'est alors que, d'après le conseil de Léon Foucault, je lui fis construire une lunette de Galilée. Dès lors il put commencer son éducation jusqu'alors négligée et la vision s'améliora. C'est du moins ce que j'avais entendu dire, et les résultats de l'examen fait par notre collègue confirmèrent ce dire.

M. LARREY s'est assuré, par l'obligeante entremise de M. Meyer, élève de M. de Graefe, que le savant professeur de Berlin avait publié, dans les archives d'ophthalmologie, de 1855 à 1859, différentes notes et observations sur les luxations traumatiques ou spontanées du cristallin. M. de Graefe a surtout dirigé ses recherches vers les phé-

nomènes optiques de ces anomalies, il a étudié leur étiologie, constaté l'influence de l'hérédité, dans des cas à part, et indiqué les moyens les plus rationnels de corriger ce déplacement accidentel du cristallin par un déplacement artificiel de la pupille.

M. GIRALDÈS. Je mets sous les yeux de la Société une observation de luxation congénitale héréditaire du cristallin. Elle est consignée comme vous le voyez dans l'*ophthalmic hospital reports*, 1857-59.

COMMUNICATION.

M. DE SÉRÉ lit une note sur l'action de son *Couteau galvanocaustique*. Commissaires : MM. Larrey. Broca, Tillaux.

DISCUSSION.

Traitement des polypes naso-pharyngiens.

M. LE PRÉSIDENT après avoir constaté qu'aucun membre ne demandait la parole, prononce la clôture de la discussion.

Traitement des ophthalmies purulentes.

M. MARJOLIN. La communication faite dans une des dernières séances, par M. Serres (d'Alais), sur le traitement de l'ophthalmie purulente, devait nécessairement soulever de nouveau une discussion au sein de la Société de chirurgie. Ce n'est pas que cette maladie ne soit pas bien connue, mais des opinions si opposées sont professées soit sur les causes, le mode de contagion, la gravité et le traitement de cette affection, qu'il serait bien à désirer de voir cesser toutes ces dissidences, et que l'on sût à quoi s'en tenir sur les avantages et les inconvénients des méthodes de traitement les plus préconisées, et qu'enfin l'autorité administrative, suffisamment instruite, prit des mesures pour faire cesser les causes qui peuvent propager ou aggraver cette maladie.

Bien qu'à l'hôpital Sainte-Eugénie nous ne soyons pas aussi à même que dans quelques hôpitaux, de pouvoir observer l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, nous en voyons encore un assez grand nombre à la consultation, pour être à même de constater qu'il existe de grandes différences suivant l'âge et la constitution des enfants, le milieu dans lequel ils vivent et l'époque de la maladie à laquelle ils sont amenés. Il existe aussi de notables différences suivant que les cas sont isolés ou que la maladie revêt un caractère épidémique, suivant qu'elle est franchement purulente ou compliquée de diphthérite.

Pour ce qui est de la cause la plus habituelle, je dirai, que malgré des recherches suivies, il me serait impossible de pouvoir en assigner une bien précise à cette affection ; j'ai seulement constaté qu'un assez

bon nombre d'enfants atteints d'ophthalmie étaient nés dans les hôpitaux où ils l'avaient contractée et que chez les autres, la cause de la maladie était toujours le manque de soins de propreté.

Dans un âge plus avancé, la contagion joue le principal rôle ; presque toujours nous voyons. la maladie ayant sa source soit au dépôt, dans des crèches, dans des asiles, ou même dans nos salles d'hôpitaux. Peut-il en être autrement, lorsque vous saurez qu'à Sainte-Eugénie, hôpital uniquement destiné aux enfants, il n'y a pas une salle pour isoler les malades atteints d'affections contagieuses, il s'en suit que par moments nous avons de véritables épidémies. Et lorsque nous demandons l'isolement pour des maladies contagieuses, c'est un isolement réel et non un isolement fictif comme à Beaujon, où les chambres affectées à cette destination sont sur le même carré que les grandes salles et laissent ainsi aux malades toute facilité de communiquer entre eux. Dès l'instant que l'observation démontre que passé un certain âge, l'ophthalmie purulente est presque toujours due à la contagion, et qu'elle se manifeste surtout dans les établissements où l'on réunit un grand nombre d'enfants pauvres, il serait bien désirable que des mesures sérieuses fussent prises pour prévenir son développement.

Je sais bien que quelques auteurs et Lawrence lui-même ont mis en doute la contagion de l'ophthalmie purulente, mais malgré tout le respect dû à l'éminent chirurgien de Londres, je crois que cette opinion ne peut être partagée, et les faits observés en Angleterre en 1804 par Sir Patrick-Mac Gregor à l'asile militaire de Chelsea, suffiraient pour la renverser.

Pour nous, nous n'avons que trop été à même de constater ces tristes résultats de la contagion, soit dans les familles, soit à l'hôpital, et plus d'une fois nous avons vu les personnes qui soignaient les enfants être victimes de leur dévouement. Non-seulement l'ophthalmie purulente est contagieuse, mais elle l'est à toutes ses périodes, et un enfant qui n'a plus que des granulations peut encore communiquer la maladie avec toute son intensité, c'est ce dont nous avons été témoins plusieurs fois.

Pour ce qui est de la fréquence, on peut affirmer, sans se tromper, qu'elle est beaucoup plus commune chez les enfants de la classe pauvre, car si on excepte les cas d'ophthalmie des nouveau-nés, il est bien rare que dans la classe aisée on ait occasion de l'observer.

Je ne dirai que peu de chose de la marche et des symptômes de cette affection qui sont bien connus ; rarement, d'ailleurs, nous la voyons au début ; le plus habituellement elle date de quelques jours et plus. Je ferai seulement remarquer que, chez les enfants, l'ectro-

pion, et surtout le chémosis oculaire, sont beaucoup plus rares qu'on ne le dit généralement, et que chez l'adulte, au contraire, cette dernière lésion est presque constante.

L'ophthalmie purulente ne conserve pas toujours les caractères d'une inflammation franchement aiguë ; quelquefois elle se complique de la production de fausses membranes, ayant l'aspect de celles du croup. Cette complication, heureusement assez rare, est d'autant plus fâcheuse, que la diphthérite peut se généraliser et entraîner, non-seulement la paralysie, mais la mort. Je l'ai vue précéder ou suivre le croup, et une fois coïncider avec une petite épidémie de croup développée dans nos salles.

A cette occasion je ferai remarquer que, bien que la diphthérite soit essentiellement contagieuse, elle ne se transmet pas toujours avec l'ophthalmie et qu'elle se développe spontanément chez les individus qui ont soigné les yeux des enfants exempts de cette complication.

Bien qu'au début même d'une ophthalmie purulente simple on no puisse répondre de triompher de tous les accidents qui peuvent compromettre la vue ou l'existence du malade, le pronostic de cette affection n'est habituellement pas grave, et il le devient lorsque les enfants sont chétifs, élevés dans de mauvaises conditions hygiéniques, ou qu'ils manquent de soins réguliers. Or, par soins réguliers, nous entendons des soins de tous les jours, surveillés par le médecin, et non une visite qui n'aura lieu que, périodiquement, tous les huit jours, comme cela a lieu encore dans quelques bureaux de charité. Mais si le pronostic est grave dans ces circonstances, il ne faudrait pourtant pas, pour se faire une idée juste de la terminaison de la maladie, se fonder sur les chiffres de la statistique officielle des hôpitaux, la mortalité excessive qui y est indiquée devant être nécessairement attribuée à d'autres causes.

Le relevé statistique qui m'a été communiqué pour les années 61, 62, 63, comprend, pour les hôpitaux d'enfants, trois catégories : les ophthalmies simples, purulentes, ou sans aucune détermination de nature.

Pour les enfants assistés, il n'est fait mention dans ces trois années d'aucune ophthalmie simple, et on ne trouve d'ophthalmie purulente qu'en 1861 ; sur les seize enfants atteints il y a seize morts. En 1861 et 1863 l'ophthalmie purulente ne figurant plus dans le relevé de cet établissement, il ne faudrait pas croire qu'elle avait disparu, ce n'est pas probable ; on a tout confondu dans le chiffre des ophthalmies de nature indéterminée. Faut-il maintenant attribuer aux ophthalmies la mortalité dont nous allons voir le chiffre? évidemment non; on aura oublié de tenir compte des affections intercurrentes.

Voici le chiffre de la mortalité pour ces trois années : en 1861, sur 195 malades, 75 décès; en 1862, sur 159 malades, 53 décès; et en 1863, sur 105 malades, 55 décès. Total 183 décès sur 459 malades.

Bien certainement, cette mortalité considérable n'est pas la suite des ophthalmies seules, mais plutôt des conditions dans lesquelles la plupart de ces enfants se trouvent au moment de leur admission. Billard avait signalé dans son *Traité des maladies des enfants nouveau-nés,* l'opacité et le ramollissement de la cornée comme n'étant pas toujours le résultat de l'ophthalmie purulente, mais comme étant parfois la conséquence d'affections gastro-intestinales prolongées qui avaient réduit les enfants au marasme. Il serait donc bien à souhaiter que ceux de nos collègues qui ont fait le service aux Enfants assistés voulussent bien nous éclairer sur la véritable cause de la mortalité; de cette manière, on pourrait rectifier les inexactitudes de la statistique.

Comme il était intéressant de comparer ensuite le chiffre de la mortalité chez des enfants plus âgés, j'ai consulté d'abord le relevé de l'hôpital des Enfants. Dans ces trois années, sur 86 ophthalmies purulentes, il y a eu 10 décès, et sur 67 ophthalmies indéterminées, 6 décès.

Évidemment ce chiffre de 16 morts sur 153 malades est encore trop élevé pour être admissible. Là encore on n'aura tenu aucun compte des maladies intermittentes, et j'en ai eu la preuve en comparant mes notes avec le chiffre des hôpitaux.

La statistique officielle, pour l'hôpital Sainte-Eugénie, donne, pour ces trois années, 8 décès sur 49 ophthalmies purulentes, et 1 décès sur 51 ophthalmies simples ou indéterminées; total, 9 décès sur 100 malades. Or, voici ce que j'ai trouvé dans mes notes : sur 81 ophthalmies purulentes, il y a eu 7 morts, toutes résultant d'affections étrangères aux maladies des yeux.

Désirant ensuite me rendre compte de la fréquence de l'ophthalmie purulente suivant les années, j'ai vu, en compulsant mes notes pour les années 1864 et 1865, que la moyenne variait. Ainsi en 1864, il y avait eu 53 ophthalmies purulentes, sur lesquelles 7 morts; et en 1865, seulement 44, sur lesquelles 4 morts. En résumé, pour ces deux dernières années, 11 décès sur 97 malades, et constamment la mort causée par des maladies intercurrentes.

Si on est généralement d'accord sur la marche, le pronostic et la terminaison de l'ophthalmie purulente, il n'en est pas de même sur les moyens d'investigation et de traitement. Ainsi pour ce qui est de l'examen des yeux, jamais je n'ai eu recours à l'anesthésie, même dans les cas où la photophobie était très-prononcée, et je crois qu'en

agissant avec précaution, on peut, quand on en a eu l'habitude, arriver à écarter et à retourner les paupières avec les doigts seuls, assez pour que les injections et le collyre puissent agir efficacement. Depuis bien des années c'est la seule manière dont on procède à l'hôpital Sainte-Eugénie. Plus l'ophthalmie est intense plus on répète de fois les lotions et les injections, de manière à débarrasser la conjonctive du pus qui la baigne. Peut-être dans des cas très-simples et surtout au début, les lotions et les injections seules, suffiraient pour arrêter la maladie; mais je n'ai pas osé suivre cette méthode, et j'ai préféré employer en outre les collyres au nitrate d'argent en élevant la dose suivant le degré d'intensité de la maladie. Voici les doses des collyres que j'emploie journellement : 5 centigrammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée, 10 centigrammes, 15 centigrammes, 50 centigrammes pour la même quantité d'eau, et enfin, lorsque l'ophthalmie est à son maximum d'intensité, parties égales de nitrate d'argent et d'eau, et j'ajouterai que jamais je ne cherche, même dans ce dernier cas, à décomposer le nitrate d'argent par l'instillation d'une solution de nitrate de soude. L'emploi de ce dernier collyre m'a paru préférable à la cautérisation directe avec le crayon de nitrate d'argent, surtout chez les enfants, et jusqu'à ce jour les résultats que j'ai obtenus ont été assez beaux pour m'engager à persévérer dans cette méthode.

Au premier abord il semblerait que cette manière de procéder s'écarte complétement de ce qui est généralement adopté; je ne le pense pas; car si on veut bien se souvenir que même chez les nouveau-nés, plusieurs de nos collègues emploient le nitrate d'argent à la dose de deux grammes et plus pour trente grammes d'eau, et qu'ils cautérisent même directement la conjonctive avec le nitrate d'argent; on verra qu'il n'y a pas une bien grande différence.

Ce qui est surtout important dans le traitement des ophthalmies purulentes, ce sont les soins minutieux et la persistance dans l'application des moyens curatifs. Personne parmi nous n'a la prétention de ramener la vue lorsque la cornée est opaque, ramollie et largement perforée; mais ce qui reste parfaitement établi, c'est qu'en prenant l'ophthalmie purulente à son début, on peut, par des moyens bien connus et d'une application facile, empêcher, dans l'immense majorité des cas, la perte plus ou moins complète de la vue.

Il est des cas dans lesquels les lotions et les injections suivies de l'instillation de collyre au nitrate d'argent m'ont paru insuffisantes, c'est lorsqu'il y a une tuméfaction considérable de la paupière supérieure; dans ces circonstances, je me suis bien trouvé de faire sur la peau de la paupière supérieure des scarifications suivant son dia-

mètre transversal; quelquefois même j'ai dû y revenir plusieurs jours de suite, tant le gonflement était marqué. Par ce moyen, non-seulement j'ai obtenu un écoulement de sang qui a pu modérer, l'inflammation, mais je crois avoir diminué la pression douloureuse causée par l'excessive tension de la peau. Dans les cas assez rares où j'ai observé chez des enfants au-dessus de deux ans l'ectropion compliqué de chémosis palpébral, les scarifications ont porté sur la membrane muqueuse, et le renversement des paupières a cédé plus facilement. Quant au chémosis oculaire, il m'a paru rare chez les jeunes enfants, tandis qu'il est la règle presque constante chez les adultes qui ont contracté l'ophthalmie purulente. Dans ces derniers cas, je n'ai pas hésité à l'exciter légèrement, et ce moyen, joint à l'application de sangsues en permanence à la tempe et derrière l'oreille, m'a paru soulager beaucoup les malades, lorsque l'on employait conjointement les purgatifs et les applications sur le front de fomentations émollientes froides, avec addition de quelques gouttes de sulfate d'atropine.

Pour conclure, je dirai que l'ophthalmie purulente étant une affection contagieuse, qui peut avoir les conséquences les plus graves lorsqu'elle n'est pas traitée régulièrement dès le début, il faudrait que dans tous les établissements publics ou hospitaliers, où il y a un grand nombre d'enfants réunis, on prît des mesures pour que l'on empêchât le mal de se propager, et qu'on prévînt ses suites fâcheuses en surveillant mieux son traitement.

M. GIRALDÈS réserve pour la prochaine séance l'étude du traitement de l'ophthalmie purulente; il ne répondra aujourd'hui qu'à certains points du discours de M. Marjolin.

Les personnes chargées de faire les feuilles de statistique dans les hôpitaux sont seules coupables, si l'administration fournit des résultats erronés. Elle ne peut opérer que sur ce qu'on lui donne, et souvent les matériaux sont mauvais. C'est évidemment ce qui est arrivé pour l'ophthalmie purulente. On a indiqué comme étant morts d'ophthalmie des enfants qui ont succombé avec une ophthalmie, mais à autre chose.

Quant à l'hôpital des Enfants assistés, l'administration sait à quoi s'en tenir sur ses défauts. Une commission, dont je faisais partie, les lui a clairement montrés.

Je suis très-convaincu de la propagation par contagion de la diphthérite palpébrale. J'ai pu la suivre dans mon service de l'hôpital des Enfants malades où soixante lits sont réservés aux ophthalmies. J'ai même dû, à ce propos, demander l'année dernière, l'évacuation d'une de mes salles. Toujours j'ai vu la diphthérite reproduire la diphthérite. L'ophthalmie diphthéritique est d'ailleurs fort mal connue. Graefe et

Jacobson l'ont bien étudiée. On confond journellement avec la diphthérite les exsudats plastiques que l'on produit artificiellement. L'ophthalmie diphthéritique est caractérisée par l'apparition sur le fond rouge vermillon de la conjonctive malade d'un semis blanchâtre qui se propage, pénètre dans les interstices des papilles, dans les glandules palpébrales, envahit même la glande lacrymale, et change la paupière en un tissu tout particulier. Ces produits morbides ne peuvent s'enlever ni en essuyant ni en raclant, ils infiltrent la paupière.

L'ophthalmie purulente se complique quelquefois de diphthérite, mais cela est tout différent.

M. MARJOLIN. Je me garde bien de nier la contagion de l'ophthalmie diphthéritique. Je ne diffère d'avis avec M. Giraldès que sur un point; je crois, en effet, que l'ophthalmie purulente peut donner naissance, chez un autre sujet, à l'ophthalmie diphthéritique et réciproquement.

M. LE FORT. M. de Graefe décrit une forme de diphthérite très-particulièrement grave, mais je ne crois pas que l'on puisse refuser le titre de diphthéritiques aux ophthalmies purulentes compliquées de fausses membranes.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Amputation sus-malléolaire.

M. LABORIE. La position que j'occupe à l'asile impérial de Vincennes me donne le double avantage de pouvoir étudier la pratique chirurgicale des hôpitaux et d'apprécier les suites éloignées des diverses opérations. C'est ainsi que j'ai pu, à l'aide d'un grand nombre de faits, juger comparativement la valeur des procédés d'amputations, et parmi elles, l'amputation sus-malléolaire a spécialement fixé mon attention. Si le résultat immédiat le plus précieux, c'est-à-dire la conservation de la vie des opérés, permet de placer cette opération bien au-dessus de l'amputation au lieu d'élection, il est malheureusement incontestable que les suites sont loin de donner d'aussi heureux résultats.

J'ai déjà eu l'honneur de soumettre à la Société un certain nombre d'observations qui justifient cette appréciation, et, lors de la communication que j'ai faite à ce sujet, plusieurs de nos collègues, et parmi eux M. Larrey, ont émis une opinion semblable.

Depuis, j'ai réuni un assez grand nombre d'observations, je les ai recueillies avec soin, en faisant reproduire les membres par le moulage, et je me propose d'en faire le sujet d'un travail. Sans entrer dans des détails que j'exposerai ultérieurement, je dirai en quelques mots seulement, pour ne pas abuser des moments de la Société, que

tous les opérés offrant la cicatrice à l'extrémité du moignon, présentent des accidents absolument identiques. Le membre mutilé ne peut servir à la sustentation. La cicatrice, tiraillée incessamment, s'ulcère. Ces ulcérations douloureuses finissent par gagner les extrémités osseuses, et le plus souvent les malades découragés, dont la santé s'altère, réclament une nouvelle amputation.

Je n'ai trouvé d'exception à cette règle que chez les malades qui avaient subi l'amputation avec conservation d'un seul lambeau postérieur comprenant dans son épaisseur le tendon d'Achille.

On obtient par ce procédé un moignon dont la cicatrice est située sur la partie antérieure et inférieure de la jambe; et, le lambeau, fortifié par la présence du tendon qui lui donne une consistance presque osseuse, résiste facilement à la pression exercée par le poids du corps. Dès lors, le malade marche sur son moignon, il n'a pas besoin de chercher sur la jambe ou la cuisse un point d'appui, qu'il prend sur l'extrémité même du membre mutilé.

J'ai l'honneur de vous présenter un malade sur lequel j'ai pratiqué l'amputation par ce procédé.

Cet homme était entré dans mon service pour y être traité des suites d'un écrasement du pied. Des fistules intarissables, des douleurs continues menaçaient sa vie, et il réclamait l'amputation que je lui ai pratiquée. Le lambeau postérieur vient, comme vous le voyez, se fixer sur la partie antérieure de la jambe, au moins à 2 centimètres au-dessus de la section des os. Le tendon d'Achille, dont on peut apprécier la consistance, forme comme un véritable squelette dans ce lambeau. Jamais ce malade n'a souffert de la pression, exercée même avec violence à l'extrémité du moignon, et avant la cicatrisation complète, il marchait en s'appuyant sur cette extrémité.

L'opération a été faite il y a bientôt un an. La marche est facile, et le malade peut faire plusieurs lieues sans se servir de canne. L'appareil prothétique a été fait par M. Mathieu : c'est une simple bottine avec un remplissage représentant la longueur de la mutilation; deux tiges latérales en fer, que l'on fixe sur la jambe avec une jambière lacée empêchent la bottine de se renverser. Le résultat est donc aussi complétement satisfaisant que possible, et tout permet d'espérer qu'il se maintiendra.

Permettez-moi d'ajouter que l'examen des pièces m'a permis de constater la nécessité du parti que j'ai pris. Tous les os et toutes les jointures du pied étaient malades, et il y avait déjà du pus dans l'articulation tibio-tarsienne.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. Guyon.

SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin général de thérapeutique ;*

Le *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, t. XXX ;

La 1re partie du 27e volume des *Mémoires de l'Académie impériale de médecine.*

— M. Rizzoli, correspondant étranger, fait hommage à la Société de chirurgie d'un mémoire sur trois cas d'atrésie de l'anus, etc., opérés avec succès.

— M. Jules Cloquet fait hommage à la Société d'un volume manuscrit avec très-nombreux dessins, représentant et donnant la description des cas d'anatomie pathologique recueillis par notre éminent collègue, durant son prosectorat à la Faculté, avec Béclard, pendant les années 1814-1815.

A propos de la correspondance :

— **M. DÉSORMEAUX** donne lecture d'une lettre de M. Wecker, relative à un cas de *luxation congétinale héréditaire du cristallin.*

— **M. LARREY** présente un cas assez rare de *calcul de l'amygdale,* qui lui a été adressé par M. Rizet, médecin-major au 2e régiment du génie à Arras, et il en résume l'observation en quelques mots.

Un ancien boulanger, âgé de soixante-quatorze ans, d'une bonne constitution, sans diathèse calculeuse ou arthritique, avait éprouvé, pour la première fois depuis une quinzaine de jours seulement, de la gêne dans la déglutition, avec engorgement douloureux des ganglions sous-maxillaires. L'exploration de l'arrière-bouche fit constater dans l'amygdale gauche un corps étranger qui, au premier aspect, ressemblait à une fausse membrane, mais que la pression du doigt parvint à énucléer, comme un kyste. C'était une concrétion calculeuse, du volume d'un pois, pesant 3 décigrammes et mamelonnée à sa surface. L'analyse chimique n'en a pas été faite, pour lui conserver sa forme.

— **M. L. LEFORT** présente, au nom de M. Lejeal, chirurgien de l'hôpital de Valenciennes, une pièce anatomique recueillie sur un contrebandier tué d'un coup de feu par un douanier. Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est que la balle, quoique entrée très-pro-

fondément dans le cerveau, comme l'ont montré les lésions anatomiques trouvées à l'autopsie, en était ressortie au moment de la chute du blessé.

Outre cette pièce, accompagnée de l'observation, M. Lejeal adresse à la Société une note sur un cas remarquable d'hérédité de doigts surnuméraires. (Commissaire unique, M. Le Fort.)

A propos du procès-verbal :

— **M. DÉSORMEAUX** fait remarquer qu'à propos de *l'ophthalmie diphthéritique* on a cité les travaux allemands, sans tenir compte de ceux faits en France. Il signale la thèse inaugurale de M. Wecker et un important chapitre du traité publié par cet ophthalmologiste.

M. GIRALDÈS répond que ces travaux ne sont que la reproduction de ceux de de Graefe.

M. DÉSORMEAUX signale cependant cette différence en faveur de M. Wecker, c'est que les cas d'ophthalmie purulente compliqués de fausses membranes et ceux de diphthérie maligne décrits par de Graefe sont soigneusement distingués.

DISCUSSION.

Traitement de l'ophthalmie purulente.

M. GIRALDÈS. Le diagnostic et le traitement de l'ophthalmie purulente sont aujourd'hui très-bien établis, et il me semble qu'il y a de graves inconvénients à laisser compliquer cette question par une série d'enjolivements thérapeutiques, qui, loin de la simplifier, la rendent complexe et peuvent avoir pour effet de jeter quelques doutes dans l'esprit des praticiens.

Mais pour bien s'entendre dans un sujet de ce genre, il est nécessaire de suivre le conseil donné par Condillac, de bien déterminer et de bien définir les termes à employer dans une discussion. Afin de mettre de l'ordre et d'analyser avec précision les faits touchant la question en litige, il est bon d'établir quelques divisions, de distinguer l'ophthalmie purulente en trois espèces, à savoir : 1° l'ophthalmie purulente des nouveau-nés ; 2° l'ophthalmie purulente des enfants ; 3° l'ophthalmie diphthéritique. Au sujet de cette dernière espèce, ce qui a été dit par quelques-uns de nos collègues, démontre de la manière la plus péremptoire la nécessité qu'il y a à établir cette distinction, à séparer l'ophthalmie diphthéritique de l'ophthalmie purulente.

Il y a en effet, entre l'une et l'autre de ces affections, une différence aussi tranchée que celle qui existe entre la maladie décrite en 1765 par le médecin écossais Francis Home, sous le nom de croup, et la

diphthérie observée et décrite par Bretonneau; vouloir donc englober sous le même chef l'ophthalmie purulente et l'ophthalmie diphthéritique, c'est établir la plus déplorable confusion et s'exposer aux plus graves mécomptes.

L'ophthalmie purulente des enfants nouveau-nés doit être distinguée en deux variétés : celle qu'on observe généralement en ville, dans la classe aisée, et celle qu'on observe dans les hospices d'enfants trouvés et dans les maternités; celle-ci emprunte, au milieu où elle se développe, une certaine marche, une gravité; elle se complique en effet d'un facteur important avec lequel il faut compter : le milieu, la *malaria nosocomiale.*

Cette fâcheuse complication, non-seulement imprime à la maladie une gravité très-grande, mais encore elle ajoute à une cause puissante, à la mortalité si grande qu'on observe dans les hôpitaux d'enfants trouvés, dans tous les pays. C'est avec raison que notre collègue, M. Blot, a fait remarquer qu'il y avait une grande différence entre l'ophthalmie des enfants trouvés et celle de la ville.

L'ophthalmie purulente des nouveau-nés revêt deux formes bien distinctes qu'il importe de signaler : 1° la forme légère; 2° la forme grave. Cette distinction est toute clinique et elle doit être maintenue, si l'on veut se rendre compte du mode et de l'efficacité du traitement employé. La forme légère s'observe le plus souvent en ville; elle se caractérise par un gonflement plus ou moins marqué de la paupière supérieure, par une rougeur assez vive de la conjonctive palpébrale, par une sécrétion crémeuse plus ou moins épaisse qui s'échappe des paupières par une légère pression. Cette sécrétion recouvre la cornée sans grand danger pour cette membrane.

Si on renverse les paupières et si l'on enlève avec un linge doux et fin la matière sécrétée, on voit peu de temps après qu'une nouvelle sécrétion transparente et comme gélatineuse s'étend sur la surface de la muqueuse; un filet d'eau, en coulant sur cette paupière, coagule la matière sécrétée et y forme comme une nouvelle membrane; dans cette forme, le globe oculaire est à peine injecté et l'on constate sans peine que tout le travail pathologique se passe dans la muqueuse palpébrale.

L'ophthalmie purulente à forme grave se manifeste par un gonflement œdémateux, quelquefois considérable, de la paupière supérieure, par une rougeur vive carminée de la conjonctive palpébrale et oculaire, par un chémosis considérable qui entoure et enchâsse la cornée; cette membrane semble perdue au fond de ce bourrelet muqueux. Une sécrétion liquide, floconneuse, irritante, quelquefois d'une teinte jaunâtre ou verdâtre s'écoule par les paupières.

Dans les deux formes d'ophthalmie, les lésions anatomiques sont différentes : dans la première, le globe oculaire n'est le siége d'aucune altération ; la choroïde est presque exsangue; dans la seconde au contraire, on rencontre des altérations de nature à faire comprendre la marche et la gravité de la maladie ; la capsule cellulo-vasculaire qui entoure le bulbe oculaire est fortement congestionnée ; la choroïde est très-rouge, ses vaisseaux tendus et remplis de sang donnent à cette membrane l'aspect d'une muqueuse injectée; les procès ciliaires, les veines iriennes, sont gorgés de sang; les vaisseaux de la rétine sont également injectés; la chambre antérieure de l'œil est remplie de liquide; dans ces lésions tout décèle une forte congestion, un travail inflammatoire qui s'est propagé de l'extérieur à l'intérieur de l'organe ; et cette tension extra-oculaire aide à expliquer les dangers dont la cornée est menacée pendant la maladie.

Dans la forme légère de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, la maladie peut durer quinze jours, un mois, sans grand danger pour la cornée; dans la forme grave, au contraire, cette membrane est menacée de ruine complète, vingt-quatre ou quarante-huit heures après son début. Comme on le voit, il y a une différence radicale entre ces deux formes, et sur laquelle il faut bien insister, si on veut se rendre compte du résultat du traitement et des indications à établir. Dans la première forme, chez des enfants en bonne condition, presque tous les moyens réussissent : les soins de propreté, les collyres légèrement astringents, les plus anodins même sont bons, et ainsi que le faisait remarquer M. Follin, la guérison arrive quelquefois spontanément. C'est dans cette forme que le traitement préconisé par M. Depaul fait merveille : des collyres au nitrate d'argent à la dose de 5 centigrammes pour 30 ou 50 grammes d'eau donnent d'excellents résultats, résultats qui seraient encore meilleurs si, au lieu de suivre la pratique conseillée par le professeur de la clinique d'accouchement de la Faculté, d'instiller quelques gouttes du collyre entre les paupières, on avait le soin de renverser ces membranes et de toucher leur surface interne avec un pinceau imbibé de collyre. Dans cette forme d'ophthalmies, les collyres de sulfate de zinc, d'alun, de fer, d'acétate de plomb, etc., peuvent être employés avec succès, mais le moyen, le collyre par excellence est, sans contredit, l'azotate d'argent.

Dans la forme d'ophthalmie grave, la scène change complétement; les moyens anodins, conseillés par M. Depaul, seraient ici le traitement le plus fâcheux et le plus dangereux. Ils ne modifient en rien l'état de la maladie, ils font perdre du temps, et il faut se rappeler que souvent au bout de vingt-quatre et quarante-huit heures les cornées sont perdues. Dans cette seconde espèce, il faut agir activement

et énergiquement. Avant tout, il faut renverser les paupières, nettoyer la conjonctive par des irrigations prolongées, débarrasser cette membrane de toute sécrétion morbide; cela fait, il faut toucher la face interne de la paupière supérieure avec un pinceau imbibé dans une solution de 4 ou 5 grammes d'azotate d'argent par 100 grammes d'eau, ou même avec le nitrate d'argent solide; neutraliser ensuite le collyre avec de l'eau salée, et répéter la cautérisation une seconde fois dans la journée; employer, autant de fois qu'il sera possible, dans le courant de la journée et de la nuit, des irrigations d'eau à la température de la chambre, ou encore des irrigations d'eau laudanisée ou légèrement chlorurée.

Dans les cas où la tension de l'œil est trop forte, que la cornée commence à perdre de sa transparence, il ne faut pas hésiter, il faut ponctionner la chambre antérieure et donner issue au liquide accumulé dans cette cavité.

L'ophthalmie purulente des enfants présente une série de degrés très-variable, qui peuvent réclamer un traitement plus ou moins énergique. Suivant que la phlogose se borne aux paupières ou qu'elle s'étend à la conjonctive oculaire, elle présente des caractères différents et bien connus.

Dans le premier cas où la paupière offre un volume, une tension œdémateuse très-grande, un liquide floconneux, et voulant s'échapper en abondance des fentes palpébrales, l'inflammation s'étend quelquefois à la glande lacrymale; ainsi que j'ai eu occasion de le constater, cette glande est enflammée et ses canaux remplis de pus. Le liquide sécrété, par sa nature irritante, agit sur l'épithélium de la cornée, la ramollit, et la pression du bourrelet muqueux de la paupière aidant, il se forme au centre de la cornée une ulcération circulaire étendue. Dans l'ophthalmie purulente des enfants, une intervention prompte est nécessaire pour arrêter le mal à ses débuts, et éviter surtout le sphacèle de la cornée; avant d'employer les moyens thérapeutiques, il est indispensable de s'assurer de l'état de cette membrane; pour cela, il est nécessaire d'ouvrir largement les paupières au moyen d'élévateurs, et dans le cas où cette petite opération serait difficile ou douloureuse, il ne faut pas hésiter à anesthésier les enfants avec le chloroforme. Il faut éviter d'instiller des collyres irritants entre les paupières, comme on le fait généralement, dans les cas surtout où la cornée est légèrement ramollie; ces collyres agissant directement sur le tissu de la cornée ont pour effet d'activer la destruction, le sphacèle de cette membrane. Afin d'agir d'une manière efficace, il faut retourner complétement la paupière supérieure, enlever par des irrigations toute la matière sécrétée, balayer avec le liquide

le cul-de-sac oculo-palpébral; cela fait, la paupière supérieure et le cul-de-sac conjonctival doivent être touchés, en effleurant la muqueuse avec le crayon d'azotate d'argent, ou encore avec une solution d'argent azotique très-concentré; neutraliser ensuite le caustique au moyen d'une solution d'eau salée. On doit avoir soin de ne point cautériser trop profondément la conjonctive, dans la crainte de produire une escarre, qui, plus tard, laisserait sur la paupière un tissu inodulaire dont il faut empêcher la formation. Après la cautérisation, il faut employer, dans la journée, des irrigations aqueuses d'eau laudanisée, ou même avec une décoction de têtes de camomille; ces irrigations doivent être répétées sept, huit ou dix fois dans la journée. On doit favoriser leur action au moyen d'instillations d'un liquide atropiné: 5 centigrammes de sulfate d'atropine pour 200 grammes d'eau. Je rejette d'une manière générale les scarifications sur les paupières et autour des cornées, de même que l'application de sangsues ou de vésicatoires au pourtour des orbites, ainsi que l'emploi des cataplasmes; ces moyens me paraissent compliquer le traitement, et ne favoriser en rien l'amélioration de la maladie. Les scarifications sur les paupières, l'excision d'une portion de muqueuse palpébrale, laissent des cicatrices linéaires, qui, par leur action sur la cornée, favorisent plus tard le développement de kératites vasculaires difficiles à guérir. Dans les cas où le globe oculaire est très-tendu, que la chambre antérieure est remplie d'une trop grande quantité de liquide, il ne faut pas hésiter à la ponctionner, et donner issue à la matière qu'elle contient. Les cautérisations telles que je viens de les indiquer, aidées d'irrigations nombreuses et bien instituées, le mode de traitement enfin que je viens d'indiquer, donnent d'excellents résultats dans le traitement des ophthalmies purulentes des enfant.

Pour me résumer, je dirai :

1° Dans les ophthalmies purulentes des enfants, la première condition à remplir est de s'assurer de l'état de la cornée ;

2° Renverser la paupière supérieure et agir sur elle au moyen du nitrate d'argent;

3° Employer des irrigations nombreuses entre les paupières;

4° Chez des enfants s'abstenir d'applications de sangsues ou de faire des scarifications sur la muqueuse palpébrale ou oculaire.

M. MARJOLIN. Dussé-je encourir le reproche de n'avoir, dans cette discussion, fait autre chose que de rappeler des faits consignés depuis longtemps dans tous les traités de chirurgie, je ne croirai pas avoir fait quelque chose d'inutile, puisque l'exemple de chaque jour nous prouve que ces vérités sont trop souvent oubliées. Si en effet les précautions dont nous avons parlé, pour prévenir la contagion,

étaient bien prises, nous ne verrions pas l'ophthalmie purulente se développer aussi fréquemment soit dans nos hôpitaux, soit dans les autres établissements où sont réunis les enfants de la classe ouvrière. Et si enfin, au lieu de considérer cette affection comme légère et sans conséquences fâcheuses, on voulait bien s'en occuper sérieusement dès le début, tant d'enfants ne seraient pas exposés à perdre la vue.

Je ne veux pas revenir sur ce que j'ai dit du traitement que je suis depuis plus de dix ans à l'hôpital Sainte-Eugénie, sauf quelques variantes, il est le même que celui qui est adopté par la plupart de nos collègues ; c'est celui que j'avais vu en pratique en 1844 à l'hôpital de Prague, c'est également celui qui a été institué à l'hôpital des Enfants trouvés par M. Chassaignac, et si les résultats ne m'en avaient pas paru satisfaisants, il y a longtemps que je l'aurais abandonné. J'ajoute seulement que si l'énergie du traitement est en raison de l'intensité de l'ophthalmie, il est toujours proportionné à l'âge et aux forces des malades. Il n'est pas étonnant que la discussion ait un peu dévié de son point de départ, et comme la maladie se transmet des enfants nouveau-nés aux enfants plus âgés et aux adultes, elle a dû nécessairement être étudiée non-seulement à ces divers âges, mais aussi dans ses diverses formes, c'est-à-dire lorsqu'elle est simple ou compliquée de diphthérite. Et à propos de cette dernière complication, sans vouloir rentrer de nouveau dans le débat, je me contenterai de dire, d'après ce que j'ai observé, que l'ophthalmie diphthéritique, qui est heureusement assez rare, me paraît être de la même nature que celle que l'on observe sur la membrane muqueuse des voies digestives ou respiratoires, et c'est ce qui rend son pronostic si grave.

M. L. LEFORT. Je ne crois pas, Messieurs, devoir m'arrêter plus longtemps ni revenir avec quelques détails sur la question agitée entre MM. Giraldès et Marjolin, cette question pourrait presque se ramener à une discussion de mot ou mieux de dénomination. La maladie peinte par M. Giraldès comme ophthalmie diphthéritique existe, celle appelée par M. Marjolin ophthalmie diphthéritique existe également : ce sont deux maladies différentes, auxquelles nos collègues ne pourraient sans confusion attacher la même appellation.

Dans notre langue scientifique française, l'adjectif diphthéritique caractérise l'existence de fausses membranes, conservons donc avec M. Marjolin le nom d'ophthalmie diphthéritique à la conjonctivite purulente pseudo-membraneuse ; mais cherchons un autre mot pour caractériser l'ophthalmie appelée par de Graefe, et à son exemple par M. Giraldès, ophthalmie diphthéritique, puisque dans cette maladie la fausse membrane n'est pas le fait caractéristique de l'altération, laquelle

consiste surtout en un dépôt fibrineux interstitiel, intra-muqueux ou sous-muqueux.

Cela dit, je reviens à la question soulevée au début de la discussion par M. Marjolin, celle de la contagiosité de l'ophthalmie purulente et ses moyens d'en prévenir la propagation et les ravages. Cette question peut en effet intéresser à des titres différents, d'abord au point de vue de la thérapeutique des cas particuliers se présentant dans la clientèle civile ou dans les hôpitaux généraux, mais ensuite au point de vue important pour beaucoup d'entre nous de son apparition et de son extension dans les salles des maternités ou des hospices d'enfants assistés ou malades.

Permettez-moi donc, Messieurs, à l'exemple de M. Marjolin, d'appuyer mon opinion sur les faits observés dans mon service hospitalier; ils vous montreront, je l'espère, quel rôle important joue la contagion dans la création des épidémies d'ophthalmie purulente.

Cette question était celle qui me préoccupait le plus à mon arrivée à l'hospice des Enfants assistés au 1er janvier 1865, car la conjonctivite purulente était depuis longues années à l'état d'épidémie permanente dans cet établissement. Profondément convaincu que la plupart des épidémies nosocomiales tiennent à la contagion, persuadé que réduite aux cas spontanés l'ophthalmie serait beaucoup moins fréquente, j'ai cherché à supprimer autant que possible les chances de contagion.

Au 1er janvier 1865 il y avait en traitement dans le service vingt-quatre malades dont quatorze étaient atteints d'ophthalmie purulente. Or la propagation de la maladie pouvant se faire : 1° par la réunion dans les mêmes salles d'enfants sains (sous le rapport de l'ophthalmie) et d'enfants malades; 2° par la contamination directe d'un malade sur un non-malade; 3° par la contamination, par l'intermédiaire des objets de pansements et même du personnel médical y compris les médecins, j'ai pu exceptionnellement apporter à l'organisation du dernier quelques modifications concertées avec le directeur de l'hôpital.

Les ophthalmiques étaient mêlés aux autres malades, je les ai soigneusement isolés dans deux salles; l'une affectée aux enfants à la mamelle, l'autre aux enfants plus âgés. Toute communication entre cette partie du service et celle consacrée au traitement des maladies chirurgicales ordinaires a été interdite aussi complétement que possible.

Des infirmières ont été spécialement attachées au service des ophthalmies, une seconde religieuse m'a été accordée pour la direction de ces deux salles.

Les linges avec lesquels on essuie les yeux des enfants, les éponges avec lesquelles on les lave sont encore un moyen de transmission. Je demandai et j'obtins de suite que chaque enfant eût sa petite éponge, et une serviette attachée au chevet de son berceau.

Les médicaments eux-mêmes, ou du moins le mode d'application attira mon attention. La meilleure manière d'appliquer les collyres est de les porter sur la conjonctive au moyen d'un pinceau à aquarelle; mais si, après s'être servi d'un pinceau pour toucher la conjonctive d'un enfant gravement atteint, on le porte, même après l'avoir lavé, sur la conjonctive d'un enfant déjà en convalescence, on amène des recrudescences dont la cause échappe quelquefois. Pour y remédier, chaque enfant eut son pinceau et son flacon de collyre.

Le médecin est trop souvent lui-même le principal agent qui fait, d'une maladie contagieuse, une maladie épidémique. Lorsque, dans l'ophthamie purulente par exemple, on écarte avec les doigts la paupière d'un malade, on risque fort de contaminer le malade suivant, si on renouvelle cette opération, innocente par elle-même, sans s'être lavé les doigts. Je me fis donc une loi de ne jamais passer d'un enfant à un autre sans me laver les doigts, ou du moins sans les nettoyer avec soin à une serviette mouillée, constamment tenue à ma portée. Je n'eus besoin que de demander à toutes les personnes du service l'observation des mêmes précautions, pour l'obtenir.

Il ne suffisait pas d'empêcher la transmission à l'intérieur de l'infirmerie, il fallait l'empêcher au dehors. Lorsque j'eus obtenu des nourrices, elles allèrent d'abord coucher dans le dortoir commun; il y avait danger de contamination pour les enfants des autres nourrices, j'obtins également un petit dortoir spécial pour les nourrices allaitant des ophthalmiques.

Dès mon arrivée dans le service il me fut facile de voir, en m'informant avec soin de la provenance de chaque nouveau malade, que bon nombre de cas s'étaient développés dans la maison même, en dehors de l'infirmerie, c'est-à-dire dans la crèche ou dans l'institution. En effet, sur 49 enfants atteints de conjonctivite purulente, entrés dans le service pendant le premier trimestre, 23 étaient devenus malades dans la maison. Il y avait évidemment quelque chose à faire. Après avoir pris l'avis du directeur, dans lequel je trouvais, je suis heureux de le dire, un collaborateur bienveillant et dévoué, je fis tous les samedis, pendant les mois de janvier et de février, et irrégulièrement plus tard, la visite de la crèche et de l'institution en compagnie de mon collègue M. Vidal. J'appelai sur le point de vue spécial de la contagion l'attention des religieuses, je les priai de m'envoyer de suite à l'infirmerie, et au moindre soupçon, tous les

enfants atteints à un degré quelconque de rougeur de la conjonctive. En même temps et vers le mois de février, l'administration prit spontanément une excellente mesure, ce fut d'envoyer à la campagne tous les enfants à la mamelle, placés en dépôt. C'était diminuer l'encombrement, les chances de contagion, et donner des nourrices à de pauvres petits êtres qui en manquaient. Grâce à toutes ces mesures, le nombre des cas développés dans la maison, après avoir été de 23 dans le premier trimestre, ne fut plus que de 11 dans le second, remonta à 15 dans le troisième, mais tomba à 3 dans le dernier trimestre.

Le nombre des malades en traitement suivit une décroissance constante : 14 enfants atteints d'ophthalmie purulente se trouvaient dans le service au 1er janvier 1865 ; 49 furent traités pendant le premier trimestre, 39 dans le second, 20 pendant le troisième, 13 pendant le quatrième. Enfin au 31 décembre, l'hospice des Enfants assistés ne renfermait *aucun* enfant atteint d'ophthalmie purulente. Sur ce point, mon but était complétement atteint.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai déjà dit à propos de la fonte purulente de l'œil, excepté pour me ranger de l'avis de M. Giraldès pour ce qui regarde l'ophthalmie des nouveau-nés.

Il est rare que dans ce cas on observe des perforations, la maladie est incomparablement moins grave que chez l'enfant de deux ans et au-dessus ; je n'ai pas vu un seul cas de perte de l'œil chez les tout petits enfants ; mais, quoi que j'aie pu faire, je n'ai pu empêcher ce triste résultat chez 7 malades. Quatre perdirent un œil, trois perdirent les deux yeux, total : dix cas de perte de l'œil. Mon prédécesseur M. Dolbeau ne paraît pas avoir été plus heureux, puisque je trouvai dans le service, au 1er janvier 1865, restant de l'année précédente, trois enfants borgnes et quatre aveugles, total : onze yeux de perdus, et il est probable, pour ne pas dire certain, qu'il y en avait eu d'autres dans l'année.

L'ophthalmie purulente, a dit M. Marjolin, n'est pas par elle-même une cause de mort, et il a regretté la manière dont la statistique administrative avait été faite pour les enfants assistés en 1862, 1863 et 1864. Je prends part à ses regrets et je les partage ; il ne suffit point, en effet, de connaître le chiffre des décès d'enfants atteints d'ophthalmies purulentes. Ainsi pendant l'année 1865, sur 104 enfants atteints d'opthalmie purulente, j'ai eu 55 décès, plus de la moitié ! Mais ces décès, ce n'est pas la conjonctivite qui les cause, et comme l'a dit M. Giraldès, et quoique le mot soit terrible, c'est de faim que mouraient les enfants assistés, c'est de faim que beaucoup sont morts sous mes yeux en 1865, de faim ou d'autres complica-

tions que l'observation des règles, ou mieux les lois de l'hygiène hospitalière eussent pu empêcher. Ainsi, dans le premier trimestre de 1865, sur 25 décès survenus pendant le cours d'une ophthalmie purulente, 6 ont été causés par broncho-pneumonie, 2 par syphilis, 1 par tuberculisation pulmonaire, 16 par inanition.

Lorsque je pris le service au 1er janvier 1865, il y avait dans les salles 11 enfants âgés de moins de quatre mois et..... pas une seule nourrice.

J'ai énergiquement réclamé, mais on m'opposait l'impossibilité de trouver des nourrices en nombre suffisant. J'en ai cherché moi-même et j'ai trouvé immédiatement dans les divers services d'accouchement de la Charité, de l'Hôtel-Dieu, etc., des filles-mères qui demandaient comme une faveur d'être reçues comme nourrices aux Enfants assistés. C'est à cette époque et vers la fin de février que l'administration prit spontanément la mesure d'envoyer à la campagne les nouveau-nés placés au dépôt, et cette mesure nous donna de suite un nombre de nourrices en rapport avec les besoins.

L'ophthalmie purulente présente, au point de vue du traitement, des conditions bien différentes suivant l'époque où l'on est appelé à la soigner. Au début, je suis partisan des cautérisations énergiques ; mais pour qu'elles soient efficaces il faut, comme l'a dit M. Giraldès, que toute la conjonctive soit atteinte par le caustique. Je me suis servi des élévateurs souvent, parce que souvent, malgré l'avis de M. Marjolin, on ne peut autrement découvrir toute la conjonctive oculaire. J'ai employé le crayon de nitrate d'argent, parce qu'on limite mieux son action, mais en faisant immédiatement ou même simultanément couler sur l'œil un courant d'eau salée. Je suis peu partisan des collyres forts; car ils attaquent la cornée qu'il faut respecter, aussi bien que la conjonctive qu'il faut cautériser.

Dans les ophthalmies déjà à la période d'état, je me suis bien trouvé d'un collyre composé de quelques gouttes de teinture d'iode, d'un alcoolat de glycérine dans une certaine quantité d'eau distillée; collyre instillé dans l'œil toutes les demi-heures, ou mieux, appliqué avec le pinceau à aquarelle.

J'ai employé, comme je l'ai dit il y a quelques jours, et avec succès, dans l'ophthalmie purulente de l'enfant de deux ans et plus, un badigeonnage de la face tégumentaire de la paupière avec la teinture d'iode ou le collodion.

Quant aux scarifications, je les repousse énergiquement; elles peuvent être bonnes, elles sont bonnes dans la conjonctivite aiguë, inflammatoire simple et non spécifique; elles m'ont paru détestables dans l'ophthalmie purulente. Cautérisation énergique au début, faite sur

toute la conjonctive palpébrale; collyres astringents plutôt que caustiques, faibles plutôt que forts, répétés toutes les demi-heures dans les ophthalmies arrivées à la période d'état, tel est le mode de traitement qui m'a paru préférable à tous les autres.

M. DEPAUL. Cette discussion aura sans doute le sort commun à toutes les discussions. Nous garderons tous nos croyances et notre manière de faire; je demande à dire encore une fois pourquoi je tiens à la méthode de traitement que j'ai adoptée.

Elle ne s'applique qu'aux ophthalmies des nouveau-nés et non à celles des enfants, il faut que ceci reste bien entendu. M. Giraldès ne peut supposer que je n'aie vu que des ophthalmies légères. Quand je parle d'ophthalmies purulentes guéries par le traitement simple que je préconise, il s'agit bien de cas où la paupière est tuméfiée, où la conjonctive boursouflée et rouge sécrète un liquide purulent. Ce n'est pas une affection insignifiante, la perte de l'œil peut en être la triste conséquence. Eh bien, dans ces cas comme dans les cas légers, la méthode de M. Dubois réussit complétement. Je peux faire appel à tous ceux qui ont vu notre ancien maître, qui m'ont vu mettre en usage le traitement dont il s'agit. Je me crois donc autorisé à le croire efficace et à le recommander.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Tumeur fibro-plastique de la jambe.

M. LABORIE présente la pièce pathologique et remet l'observation suivante, recueillie par M. Dionis du Séjour, interne de son service :

L... (Emile) est âgé de vingt-trois ans. Il exerce la profession d'emballeur.

Il n'y a point eu dans sa famille de maladies héréditaires, et chez lui, malgré nos recherches, nous n'avons pu découvrir la trace d'aucune diathèse.

Jusqu'au mois de septembre dernier, ce jeune homme avait joui d'une santé excellente.

Dans le courant de ce mois, un matin, sans cause appréciable, il sentit en se levant, dans le genou et l'épaule droite, une douleur aiguë, il se rendit malgré cela à son atelier. Dans la journée la douleur d'épaule disparut. Mais celle du genou augmenta peu à peu et le soir elle était devenue assez forte pour déterminer un violent accès de fièvre. Pendant quatre jours, le malade resta avec sa douleur qu'exaspéraient les moindres mouvements ; la fièvre ne l'avait plus quitté. Le genou avait grossi, sa forme primitive avait disparu. Il formait une

masse arrondie sans saillie ni méplats, chaude, tendue et où par des pressions convenables on sentait un flot de liquide.

L... entra à l'hôpital ; il y fut traité pour une hydarthrose du genou gauche.

On appliqua sur la partie malade des ventouses qui n'apportèrent aucun changement ; des vésicatoires ne firent rien non plus. On recourut alors aux frictions avec la teinture d'iode. Deux jours après la première, sans que du reste la tumeur diminuât, la douleur sembla céder.

Petit à petit elle continua à décroître. Au bout d'une semaine, pendant laquelle chaque jour le genou devenait moins sensible, les mouvements furent rendus possibles ; la marche put être reprise, mais en boitant, car il y avait une demi-flexion de la jambe sur la cuisse et l'extension ne pouvait être complète. Le malade quitta cependant l'hôpital, mais en conservant le genou à peu près aussi gros et toujours aussi chaud qu'à son entrée.

Pendant un séjour d'une semaine à la campagne, cet homme ne se ménagea point. Il marcha beaucoup, et la semaine écoulée, vint reprendre son service à Paris.

Une rechute ne se fit pas attendre. A son réveil, un matin, le malade constata que les douleurs avaient reparu ; en quelques heures elles avaient atteint leur maximum d'intensité ; la fièvre survint et L... rentrait à l'hôpital dant l'état où il en était sorti.

L'usage de l'iode en frictions sur le genou, prolongé pendant six semaines, fit encore disparaître la douleur articulaire ; la fièvre céda ; mais les dimensions du genou, sa consistance, ne changèrent point et le malade quitta l'hôpital, non guéri, pour venir à l'asile impérial de Vincennes, dans le service de M. le docteur Laborie. Il y arriva le 8 décembre 1865.

Les trois premiers jours se passèrent bien. Cet homme se promena dans les jardins, en boitant, car la jambe était toujours demi-fléchie sur la cuisse.

Le quatrième jour, la douleur articulaire reparut plus violente que jamais, offrant un type continu, avec des exacerbations. Le poids des couvertures, un attouchement léger, le moindre mouvement, exaspéraient cette douleur au point de faire craindre une syncope. La fièvre s'empara du malade. M. Laborie jugea prudent de faire monter cet homme à l'infirmerie. Il vint y occuper un lit le 15 décembre 1865.

A ce moment le genou formait une tumeur grosse comme un œuf d'autruche, envahissant spécialement la partie antérieure et inférieure de la région, sans changement de couleur à la peau, chaude, tendue par places, souple et fluctuante dans d'autres. La jambe était ren-

versée sur le côté externe, dans une demi-flexion permanente ; l'extension était presque impossible. La moindre excitation développait dans la tumeur un surcroît de douleurs ; à l'approche de la nuit celles-ci redoublaient le plus souvent et leur exacerbation coïncidait avec le développement d'une fièvre qui ne quittait le malade que le matin.

On diagnostiqua une tumeur blanche avec altération du tibia.

Tous les moyens de traitement employés furent impuissants ; les sangsues et les cataplasmes furent inutiles. Les onctions avec la pommade au nitrate d'argent parurent seules modifier l'élément douloureux de l'articulation ; mais les modifications furent bornées à la diminution de ce symptôme seul, et M. Laborie ne put conserver aucun doute sur la marche ascendante de la maladie.

En effet, le genou continuait à grossir. Vers le milieu du mois de janvier, il était très-considérable déjà et la tumeur se dessinait d'une façon toute nouvelle.

Après être restée longtemps arrondie, elle parut vouloir se lobuler. En même temps sa consistance changeait notablement. Dure, résistante dans ses parties supérieures, elle devenait molle à sa partie inférieure. Il fut bientôt impossible de ne point reconnaître en cet endroit une vaste collection de liquide. Les douleurs se localisèrent au niveau de cette bosse fluctuante ; les phénomènes généraux devinrent de plus en plus marqués ; la fièvre redoubla et le malade commença à s'inquiéter.

Pendant une quinzaine, la persistance et l'intensité des symptômes généraux annoncèrent un travail d'accroissement dans la tumeur. Aux premiers jours de février elle avait atteint de grandes proportions. A cette époque on la trouvait nettement trilobée, la bosse fluctuante augmentait chaque jour ; la douleur s'y localisait et devenait plus exquise.

La fluctuation, semblant indiquer qu'il n'y avait aucune communication entre le foyer fluctuant et la jointure, M. Laborie fit, au point le plus déclive, une ponction avec un bistouri aigu. Il sortit avec force une cuillerée de sérosité opaque jaunâtre et immédiatement après, un jet de sang d'apparence artérielle mais non saccadé. Le malade éprouvant un très-grand soulagement, on laissa couler une certaine quantité de ce sang. Pour l'arrêter, il suffit d'appliquer un morceau de diachylon sur la petite piqûre.

L'issue de ce sang fit songer à un fongus hématode de l'os. Du reste, quelle que fût la nature de la tumeur, l'amputation restait l'unique chance de salut du malade.

En effet, après la ponction, la tumeur fluctuante, qui s'était vidée

en partie, se remit à grossir avec rapidité. La reste de la tumeur articulaire continua à augmenter. Les douleurs devinrent intolérables et ne permirent plus le moindre repos; la fièvre redoubla. L'appétit diminua et le jeune homme commença à maigrir.

Devant cet appareil toujours croissant de symptômes locaux et généraux, M. Laborie, sans attendre une altération plus prononcée de la santé générale, proposa au malade l'amputation de la cuisse, qui fut acceptée et fixée au 12 février.

Quelques heures avant l'opération, nous allâmes examiner une dernière fois le membre qu'on allait enlever. La cuisse était parfaitement saine; le fémur, senti à travers les parties molles, avait son volume normal. Le genou formait une vaste tumeur, ayant les dimensions du corps du fœtus à terme. Mesurée comparativement avec le genou droit resté sain, cette tumeur présentait en trois points différents de son diamètre transversal les dimensions suivantes : à sa partie la plus élevée 33 centimètres ; en son milieu 43 ; en son point le plus déclive 41. Les mesures prises sur le genou droit en des points symétriques, donnèrent seulement 30, 32, 33 centimètres. L'axe de la tumeur, comme appendue à la partie antérieure du genou, était fortement déjeté de dedans en dehors; quant à elle, elle était nettement trilobée. Il y avait deux lobes latéraux; l'un interne plus petit, l'autre externe plus gros. Le troisième était antérieur et siégeait au-dessous de la place présumée de la rotule; ce dernier lobe seul était fluctuant; le reste de la tumeur était dur; la pression n'exaspérait la douleur qu'au niveau du troisième lobe. Le reste de la jambe était sain.

L'opération fut pratiquée par M. Laborie. Deux grands lambeaux taillés en avant et en arrière du membre, à partir de la jonction du tiers supérieur avec la partie moyenne de la cuisse jusqu'à une longueur de 6 centimètres au-dessus de la tête inférieure du fémur, assurèrent à l'amputé un moignon épais et capable de supporter dans la suite le poids du corps. Les bords du lambeau furent réunis au moyen de neuf épingles et trois serres-fines. Le membre fut maintenu pendant quatre jours sous l'irrigation continue.

Au moment où nous écrivons cet article, dix jours révolus se sont écoulés depuis l'opération. Les lambeaux sont parfaitement réunis dans leur partie moyenne. Aux deux extrémités de leur interligne, il reste deux petites ouvertures par où s'écoule très-peu d'un liquide sanio-purulent de bonne nature. Malgré une légère hémorrhagie, qui va retarder nécessairement la cicatrisation, rien n'est changé aux chances de guérison. La santé générale reste bonne, l'appétit est excellent, la digestion facile, le sommeil réparateur. Le moral du malade ne laisse rien à désirer et tout fait espérer une heureuse issue.

Il nous reste maintenant à faire connaître les lésions qui ont nécessité l'amputation toujours si redoutable de la cuisse.

Le membre, préalablement injecté par l'artère poplitée, fut disséqué couche par couche. Au niveau de la tumeur, la peau n'était amincie nulle part. Elle était doublée d'une couche de graisse épaisse, infiltrée notamment à la partie externe d'une matière visqueuse qui la rendait fongueuse.

Nous arrivâmes ainsi à l'aponévrose ; sous-celle-ci, le genou se présentait avec l'aspect suivant : à sa partie antérieure était appendue une vaste tumeur ; la face postérieure conservait la forme cylindrique.

L'axe de la tumeur était oblique et celle-ci fortement déjetée en dehors. Il y avait deux grosses saillies latérales, solides, répondant aux faces externe et interne des condyles fémoraux et de la tête du tibia. En avant et assez bas au-dessous de la rotule qui ne formait plus de saillie, au-dessous même de l'attache du ligament rotulien, sur la crête du tibia, l'aponévrose soulevée laissait voir une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, très-fluctuante et recouverte d'une paroi très-mince sur laquelle on voyait la cicatrice mal formée du coup de bistouri. Par là, à la moindre pression, il sortait du sang parfaitement liquide.

La couche aponévrotique enlevée, on vit que toute l'articulation fémoro-tibiale était par-dessous les muscles envahie par une matière fibro-cartilagineuse, ne criant pas sous le couteau, facile à couper et à énucléer. Cette matière formait des masses situées :

1° En avant, entre le triceps, la rotule, le ligament rotulien et les faces antérieures du tibia et des condyles du fémur.

2° A la partie externe du genou entre les faces externes du condyle externe du fémur, la face externe de la tête du tibia et le biceps.

3° A la partie interne entre les faces internes du condyle fémoral interne, la face interne du tibia et le couturier.

Cette matière solide remplissait l'articulation dont elle avait fait complétement disparaître la graisse. Elle était formée d'une substance solide, blanche, ne criant pas sous le couteau, à trame serrée, brillante, se laissant couper, déchirer ou énucléer, mais point écraser.

Elle n'avait point adhéré aux ligaments bien qu'elle les englobât. L'on retrouva intacts les ménisques interarticulaires, les ligaments croisés, les ligaments interne et externe et le ligament rotulien de l'articulation fémoro-tibiale. Les cartilages d'encroûtement des condyles du fémur comme celui de la face horizontale de la tête du tibia étaient sains.

Dans l'article lui-même, cette masse n'adhérait pas non plus au fémur, ni même à la face horizontale de la tête du tibia. Mais la face

antérieure de cet os était envahie et pénétrée par cette production. En ce point, elle s'était identifiée à l'os lui-même qui, participant à l'état lardacé de cette matière, se laissait couper comme elle par copeaux.

En enlevant le plus possible de cette substance placée entre la face interne de la crête du tibia et le ligament rotulien, puis en pressant avec le doigt dans la direction du jambier antérieur, nous pénétrâmes dans une cavité creusée entre l'os et ce muscle et remplie de liquide. Elle répondait à la saillie signalée par nous à la partie antérieure du genou. D'autre part, nous ouvrîmes crucialement le jambier antérieur à ce niveau, et cela nous donna accès dans une vaste cavité remplie de sang. Celui-ci écoulé, on vit sur l'os une masse lobulée, d'un blanc jaunâtre, fongueuse d'aspect, et cependant solide et présentant les caractères de celle observée dans l'article.

Elle paraissait implantée sur le tibia, qu'on sentait couvert de rugosités en cet endroit. En outre, la tête de l'os était creusée aux dépens du tissu spongieux d'une cavité à parois irrégulières formées par les trabécules du tissu spongieux.

D'où venait ce sang ? M. Laborie avait pensé, nous l'avons dit, à un fongus hématode, et c'est pour en avoir le cœur net que nous avons pratiqué l'injection des artères. Or celles-ci s'injectèrent jusqu'à l'extrémité du membre.

Très-vraisemblablement le sang provenait d'une des artères qui animait cette masse, artère qui avait subi une altération ulcérative.

Il nous restait à examiner la partie postérieure de la région malade. Là le genou se continuait avec la jambe par un plan cylindrique non interrompu. Après avoir enlevé les jumeaux et le soléaire, nous découvrîmes, reposant sur la face postérieure du tibia, une tumeur qui était restée cachée sous les masses musculaires du mollet, et ne s'annonçait pas à l'extérieur. Cette tumeur bridée par le poplité était grosse comme un œuf de poule et de même nature que celles précédemment décrites.

Rien n'aura été passé sous silence dans la description des désordres observés, quand nous aurons mentionné que tous les os sans exception étaient malades et atteints d'ostéite. Déjà au moment de l'opération M. Laborie nous avait fait remarquer que l'action de la scie était entravée par une éburnation du fémur qui était le résultat d'une ostéite condensante.

Au contraire, tous les autres os, ceux de la jambe et ceux du pied, étaient atteints d'une ostéite raréfiante permettant d'en enlever des copeaux.

Mais à quelle nature de tumeur rapporter cette masse que nous

venons de décrire? On pouvait penser également au cancer, à l'enchondrôme ou bien à une tumeur fibro-plastique. Sans vouloir préjuger la question et en réservant le microscope, M. Laborie, se fondant sur l'étude des symptômes, la marche de la maladie lente d'abord puis si rapide, l'absence d'hérédité et d'infection ganglionnaire, la conservation de la santé générale, l'aspect de la tumeur, nous dit qu'il croyait volontiers à une tumeur fibro-plastique.

L'étude microscopique confiée à M. Charles Renault confirma le diagnostic de M. Laborie.

On examina des fragments de cette substance recueillis sur trois points différents.

Cette matière provenant de l'article lui-même montra de nombreux corps fusiformes pourvus d'un nucléole, et les cellules ovoïdes à noyaux types du tissu fibro-plastique. Ces deux sortes d'éléments étaient plongés au sein de fines granulations moléculaires.

Une portion de la masse solide implantée sur l'os dans la cavité remplie de sang donna, mais en moins grand nombre, les mêmes éléments, auxquels s'ajoutèrent des globules sanguins altérés, dont on devine la provenance.

Enfin, un troisième fragment détaché de la tumeur dans le point où elle avait pénétré l'os, montra que les éléments fibro-plastiques s'étaient glissés dans les canalicules de Havers, qu'ils avaient comblés après les avoir agrandis, et s'étaient substitués à la trame homogène qui réunit entre eux les différents systèmes de canaux.

Ces expériences microscopiques parurent concluantes; elles corroborèrent le diagnostic, et permirent à M. Laborie d'apporter à la Société de chirurgie cette observation à titre de contribution à l'histoire des tumeurs fibro-plastiques.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. Guyon.

Séance du 28 février 1866.

Présidence de M. Giraldès.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :
Les journaux de la semaine;
Le *Journal de médecine de Bordeaux ;*

Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique ;*

Le *Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille ;*

Le *Bulletin des travaux de la Société médicale d'Amiens,* pour les années 1863 et 1864 ;

Les *Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie,* année 1864.

— M. Clot-Bey, membre correspondant, adresse à la Société une brochure intitulée : *Quelques mots sur le choléra.*

— M. Letenneur, de Nantes, membre correspondant, adresse à la Société une brochure intitulée : *Observations de blépharoplastie.*

— M. le docteur Rondeau présente à la Société, pour le concours du prix Duval, sa thèse inaugurale : « Des affections oculaires réflexes et de l'ophthalmie sympathique. »

A propos du procès-verbal :

Ophthalmie purulente.

M. MARJOLIN. Puisque l'opinion de M. J. Gibert, de Genève, a été invoquée par M. Giraldès, je demande, à mon tour, à citer textuellement plusieurs passages de son mémoire imprimé en septembre 1857 dans les Archives de médecine. M. le docteur Gibert a été un des internes les plus distingués de l'hôpital Sainte-Eugénie, et comme ses observations ont été recueillies avec beaucoup de soin, elles ont une véritable valeur. Suivant lui, et c'est aussi je crois un peu l'opinion du docteur de Graefe, la diphthérite de l'œil est une maladie générale au même titre que la diphthérite pharyngée ou laryngée. Les causes qui lui donnent naissance nous sont inconnues ; elle semble épidémique, et dans beaucoup de cas il a semblé que la contagion était certaine, depuis l'instant de l'apparition de la maladie jusqu'à la disparition de tout produit morbide ; cependant la matière sécrétée, transportée sur un œil sain, n'y reproduit pas nécessairement l'inflammation diphthéritique, elle agirait avant tout comme un irritant local. Enfin, comme établissant une nouvelle preuve d'analogie entre la diphthérite de l'œil et la diphthérite proprement dite, M. Gibert cite de nouveau l'opinion de de Graefe, qui dit que chez les enfants nouveau-nés la diphthérite de l'œil est aussi rare que le croup, et qu'il ne l'a guère observée qu'à partir de la deuxième année jusqu'après huit ans. Que de plus, sur quarante enfants atteints de diphthérite de l'œil, trois étaient morts du croup, et que très-souvent il avait rencontré chez eux des plaques diphthéritiques aux ouvertures du nez, aux angles de la bouche ou sur la surface dénudée de vésicatoires.

En résumé tous ces faits viennent, je crois, à l'appui de propositions

que j'ai émises sur la nature de la diphthérite compliquant l'ophthalmie purulente.

DISCUSSION.

Traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.

M. BLOT. Déjà j'ai eu l'occasion de dire, dans cette discussion, qu'il était important de tenir compte du milieu dans lequel on avait observé, des conditions hygiéniques auxquelles était soumis l'enfant atteint d'ophthalmie purulente. Les dissidences qui se sont produites montrent que l'on n'a peut-être pas assez tenu compte des conditions que je viens de rappeler. Notre honorable collègue, M. Chassaignac, qui a observé aux Enfants assistés, a paru croire que ce n'est pas toujours à l'ophthalmie purulente qu'avaient été adressés les traitements divers dont on a préconisé les avantages. Sans doute, les ophthalmies sont moins graves dans nos services d'accouchement qu'aux Enfants assistés, mais l'affection est la même, le terrain seul diffère.

La majorité de nos collègues semble considérer comme une nécessité du traitement le renversement des paupières. Je crois, pour ma part, qu'il y a inconvénient à violenter les petits malades, pour arriver à pratiquer une manœuvre souvent fort difficile à exécuter. On croit obtenir ainsi une guérison plus sûre, on ne craint pas que les collyres forts puissent toucher la cornée, avec laquelle ils sont infailliblement en contact, lorsqu'on se contente d'écarter les paupières. J'ai, pour ma part, complétement renoncé à renverser les paupières ; je lave l'œil avec soin, je mets dans son grand angle quelques gouttes de collyre et j'écarte légèrement les paupières. La guérison est tout aussi sûre.

Dans quelques circonstances, j'ai cependant employé des solutions fortes, 1 gramme ou 2 de nitrate d'argent sur 30 d'eau distillée. Jamais je n'ai vu la cornée souffrir du contact de ces collyres. Si elle devient un peu trouble au moment de l'application, ce trouble n'est que passager. La cornée peut s'ulcérer par le fait de l'ophthalmie ; mais je n'ai jamais observé ces cicatrices de la conjonctive dont nous a parlé M. Giraldès. Si cette opinion n'était celle d'un homme aussi compétent que notre honorable président, je serais disposé à douter de la possibilité d'un semblable accident. Le tissu cicatriciel ne se rencontre pas en effet sur les muqueuses. On voit tous les jours de larges ulcérations de la bouche se réparer ; la cicatrice est lisse et sans trace d'induration.

Je crois, en résumé, que si l'on n'a eu en vue que l'ophthalmie des nouveau-nés, le pronostic et le traitement doivent être beaucoup

plus mitigés qu'on ne semble disposé à le faire; que les lavages, l'instillation d'un collyre faible, aidés d'une bonne hygiène, devront suffire dans la majorité des cas. Dans les rares circonstances où l'on peut être obligé de toucher directement la conjonctive, je préfère le pinceau trempé dans une solution forte, au crayon de nitrate d'argent qui, entre des mains non habiles, peut avoir des inconvénients.

M. CHASSAIGNAC. Mes paroles ont été mal interprétées par M. Blot; je ne me serais jamais permis de dire que nos bonorables collègues qui ont donné les résultats de leur pratique n'avaient pas observé d'ophthalmie purulente. J'ai dit que cette affection était, en somme, assez rare, qu'elle était observée dans des conditions spéciales, et qu'il se pouvait que des hommes d'une grande expérience n'aient pas été à même de la rencontrer.

M. DOLBEAU. Messieurs, j'avais résolu de ne pas prendre la parole dans la discussion sur l'ophthalmie purulente, mais en lisant dans le bulletin le discours de M. Marjolin, je me vois forcé de donner à notre collègue les quelques renseignements qu'il a demandés aux chirurgiens qui ont fait le service des Enfants assistés. M. Marjolin a parlé des années 1861, 1862 et 1863. Je n'ai rien à dire pour les deux premières, mais en 1863, j'ai succédé à M. Depaul et je puis vous rendre compte des ophthalmies purulentes pendant cette période. Notre collègue n'a pas trouvé le chiffre des conjonctivites purulentes; toutes les ophthalmies ont été, suivant lui, englobées en une seule espèce; il n'a pas trouvé d'ophthalmies simples.

Voici, messieurs, la statistique pour 1863 :

Sur 170 malades admis à l'infirmerie, nous comptons 162 ophthalmies dont 2 seulement étaient simples, les autres étaient purulentes.

Quant à la mortalité, voici les chiffres :

Sur 162 ophthalmies on compte 91 morts et 71 guérisons.

Parmi les malades guéris, c'est-à-dire qui ont eu la vie sauve, nous comptons les enfants guéris de leur ophthalmie, même lorsqu'ils sont sortis dans un état de santé très-mauvais. Il y a encore les enfants qui sont emportés moribonds par les parents. Tous ces malades constituent une soustraction énorme au chiffre de la mortalité.

Sur 91 morts, 75 avaient moins de trois mois d'âge; 16 avaient de un à quatorze ans.

J'ai donné le chiffre de 71 guérisons qui se répartissent ainsi pour l'âge: 43 avaient moins de trois mois; 28 avaient de un à quatorze ans.

M. Marjolin demande à ses collègues la cause de la mortalité ré-

voltante qui règne à l'hospice des Enfants assistés. Cette cause, vous la savez : les enfants succombent faute de nourrices.

En voici la preuve : sur 43 guérisons, mentionnées plus haut, 21 avaient des nourrices. En 1863, sur 25 enfants atteints d'ophthalmie purulente et élevés avec des nourrices, 4 seulement ont succombé à des maladies accidentelles (bronchites, pneumonies.) En 1864, sur 14 enfants élevés par des nourrices, 13 sont guéris. Et cependant, sur 325 malades admis, 118 sont morts.

L'influence épidémique, la contagion et l'inoculation font sans cesse des victimes dans les infirmeries. Voici des chiffres : sur 168 enfants traités d'ophthalmie purulente, 130 étaient entrés malades à l'infirmerie, mais 38 avaient contracté la maladie faute de salles d'isolement. J'ajouterai que, dans les salles, il est très-fréquent de voir des récidives se produire, si l'enfant n'a pu être enlevé à temps, immédiatement après la guérison de ses yeux.

J'espère que ces renseignements suffiront à M. Marjolin. Il trouvera, du reste, à l'Administration les statistiques pour 1863 et 1864, et il lui sera facile de se convaincre que la confusion signalée par lui n'existe pas pour cette période de deux ans.

M. MARJOLIN. Je remercie M. Dolbeau des renseignements précis qu'il vient de nous fournir. La statistique des hôpitaux qui va être publiée ne comprend que les renseignements que j'ai donnés ici, j'ai même pu mettre sous les yeux de mes collègues les documents que m'a communiqués l'Administration. C'est rendre un véritable service à la science que de signaler de semblables lacunes, c'est en rectifiant des erreurs, c'est en éclairant des questions, telle que celle qui est actuellement en discussion, que notre Société prouve son utilité. La statistique officielle des hôpitaux peut être entachée d'erreur, ainsi que l'a dit M. Giraldès, par la faute de certains chefs de service. Mais dans l'espèce, les relevés administratifs paraissent être en faute, car ils ne sont d'accord ni avec les miens, ni avec ceux de M. Dolbeau.

M. TRÉLAT. Pour juger les méthodes de traitement, il est avant tout nécessaire de bien indiquer à quelle catégorie de cas on a eu affaire. Je n'ai, pour ma part, observé aucun cas de diphthérite, j'ai eu cependant des cas graves. C'est à propos de ceux-là qu'il faut bien s'entendre sur le traitement. Les cas légers guérissent sous l'influence des soins les plus simples. Pendant tout le mois de février, j'ai fait soumettre tous mes malades aux irrigations simples. Sur 30, 27 ont guéri sans autre médication, mais il a fallu pour les trois autres recourir aux cautérisations.

Dans les cas graves, il est facile de le constater maintenant, la pra-

tique de chacun de nous varie en somme très-peu. C'est au collyre au nitrate d'argent que chacun accorde la préférence, et c'est à un collyre rendu caustique par l'élévation du titre que nous avons recours. La pratique de M. Marjolin, qui est celui d'entre nous qui emploie les collyres les plus forts, prouve qu'ils ont peu de danger. Cependant je crois prudent de toujours neutraliser quand on emploie un collyre caustique, et c'est pour ma pratique une règle absolue.

L'action du crayon de nitrate d'argent sur la cornée est des plus dangereuses. L'année dernière encore j'en voyais à la Maternité un cas des plus manifestes. Après une cautérisation au crayon, faite en dehors de ma participation, la cornée blanchit et se mortifia. L'apparition brusque de l'opacité, sa forme, tout indiquait qu'elle était due au contact de la pointe du crayon. Il est vrai que dans un cas d'ophthalmie la cornée souffre dans sa nutrition, qu'elle est sinon malade, du moins très-disposée à le devenir. Aussi faut-il l'examiner de très-près, et pour cela je ne crains pas d'ouvrir les paupières avec les élévateurs. Je crois aussi qu'il est fort utile de les renverser, mais cela n'est pas une règle absolue ; je ne comprendrais pas qu'il fût dans l'esprit de personne de se prononcer à cet égard invariablement pour ou contre.

J'ai déjà indiqué approximativement les résultats de ma pratique à l'hôpital ; voici les chiffres exacts : en 1864-65 sur 2,312 enfants, 708 ont été soignés pour des ophthalmies ; 332 étaient sérieusement atteints, 272 ont guéri, 28 sont morts d'autres maladies avant guérison, 12 ont perdu un ou deux yeux, dont 7 en 1864 et 5 en 1865.

M. BLOT. Si j'ai autant blâmé le renversement des paupières, c'est que M. Giraldès en a fait une condition absolue de la guérison, j'ai reconnu que cela pouvait être quelquefois utile. M. Giraldès nous avait aussi fait craindre la destruction de la cornée si le collyre fort arrivait à son contact. J'ai cru devoir protester contre cette assertion en raison même de la très-légitime autorité de celui à qui elle appartenait. M. Trélat nous cite un cas de mortification due au contact du crayon ; mais s'il reconnaît aussi que la cornée est malade, on peut se demander si elle ne se serait pas ulcérée par le fait de la maladie, sans qu'il soit nécessaire d'accuser le traitement.

M. TRÉLAT. Je pourrais citer encore à M. Blot un cas des plus probants observé cette fois hors de l'hôpital. Mais je crois l'action nuisible du crayon trop bien démontrée en pareille circonstance pour insister plus longtemps.

M. CHASSAIGNAC. Dès le début de cette discussion, notre excellent maître, M. Velpeau, avait indiqué la voie dans laquelle elle devait s'engager pour être utile et pour ne pas devenir un vain conflit de

paroles et de formules dont la plupart sont plus bizarres les unes que les autres.

M. Velpeau demandait qu'on voulût bien préciser le siége anatomique des lésions et qu'on cessât de mélanger des maladies essentiellement distinctes en les désignant par les expressions vagues d'ophthalmie des nouveau-nés, d'ophthalmie scrofuleuse, d'ophthalmie catarrhale.

De son côté notre honorable collègue, M. Depaul, a protesté contre l'inconvénient de confondre dans une même discussion ce qui a trait à l'ophthalmie purulente chez les enfants en général, et ce qui appartient à l'ophthalmie des nouveau-nés.

Ophthalmie infantile et ophthalmie des nouveau-nés, ce n'est pas la même chose.

Faire une description et instituer une thérapeutique applicable à tout cela en même temps, c'est brouiller toutes les notions, rendre impossible une discussion fructueuse et reculer de trente ans en arrière. Que dirait-on d'un pathologiste qui, à l'époque où nous en sommes, ne distinguerait pas scrupuleusement les fausses membranes de l'angine diphthéritique des escarres de l'angine gangréneuse et des concrétions de l'angine pultacée?

C'est faute d'avoir suivi le sage conseil de M. Velpeau que certains auteurs, en dissertant sur l'ophthalmie des nouveau-nés, en parlent comme d'une maladie toujours identique à elle-même. Après avoir entrevu, sans trop se rendre compte de ce qu'ils avaient sous les yeux, quelques cas mal observés d'exsudations fibrineuses conjonctivales, ils se sont imaginé que tous les enfants nouveau-nés avaient, durant le cours de leurs ophthalmies, la propriété d'exsuder des produits fibrineux, c'est-à-dire pseudo-membraneux. Car pseudo-membranes sur les muqueuses et coagulum fibrineux, c'est exactement la même chose.

Pour apprécier avec exactitude ce qui se passe dans l'ophthalmie des nouveau-nés il ne faut pas croire qu'il suffit d'y regarder sans des précautions spéciales, et en se bornant aux modes habituels de l'examen des yeux. On doit écarter, avec des dilatateurs, les deux paupières et laver, par la projection abondante et continue d'une douche oculaire, les surfaces malades.

Il n'est pas un seul des 446 enfants dont nous avons recueilli les observations qui n'ait été soumis à ce genre d'examen.

Des inexactitudes non moins regrettables, et certainement involontaires, ont eu lieu au sujet des documents historiques relatifs à la nature et au traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés.

Mes premières études et l'indication de la pseudo-membrane re-

montent à l'année 1828, où je fus chargé, comme interne, du service de la Maternité à l'Hôtel-Dieu de Nantes, et dès cette époque ces faits y étaient parfaitement connus des élèves de l'hôpital. C'est le 23 août 1847 que M. Velpeau communiqua à l'Institut le résultat de mes observations recueillies à l'hospice des Enfants trouvés.

Peu de temps après en 1847, M. le docteur Léon Rieux, aujourd'hui médecin très-distingué de Lyon, publia dans l'*Union médicale* deux mémoires qui ont précédé de plusieurs années le travail de Graefe de Berlin (Deutsche Klinik, 1853), et celui de MM. Testelin et Warlomont (*Gaz. hebd.*, nº du 25 juillet 1856.) Depuis lors MM. Bednarz et Trœbelius, l'un au grand hôpital des Enfants trouvés de Vienne, l'autre à celui de Saint-Pétersbourg, ont fait connaître les résultats obtenus dans leur service par l'emploi des douches oculaires.

Mais c'est à M. Alfred Fournier, médecin des hôpitaux et professeur agrégé, que nous devons l'un des travaux les plus remarquables qui aient été publiés sur ce sujet. (*Archives d'ophthalmologie* de Jamain, 1856.) M. Bricheteau, directeur du Bulletin de thérapeutique, a publié un mémoire plein d'intérêt sur les mêmes questions. Enfin de nombreux articles sur l'ophthalmie des nouveau-nés sont consignés par ordre de dates dans les publications suivantes : *Annales de thérapeutique et de toxicologie* de Rognetta, 1847, t. V, p. 220. — *Gazette des hôpitaux*, nºs du 28 septembre 1847, du 2 août 1849, du 25 octobre 1854, du 23 décembre 1854, du 13 janvier 1855, du 3 mars 1855. — *Moniteur des hôpitaux*, nº du 16 novembre 1854. — *Presse médicale*, nºs des 4 et 11 novembre 1854. — *Archives d'ophthalmologie* de Jamain, nºs de novembre et décembre 1854, janvier et février 1855.

Le travail dont j'ai recueilli les matériaux à l'hospice des Enfants trouvés, et dont les résultats sont consignés dans mon traité *De la suppuration*, t. II, repose sur 446 observations. Il a pour premier résultat d'établir que l'ophthalmie des nouveau-nés, considérée dans son ensemble et en dehors des altérations profondes qui sont presque toujours consécutives, se rapporte à trois groupes distincts, la conjonctivite purulente avec fausses membranes, la conjonctivite purulente sans fausses membranes, la conjonctivite catarrhale ou muqueuse

Il y a donc trois espèces de conjonctivites des nouveau-nés, bien distinctes les unes des autres, et si l'on veut connaître la proportion dans laquelle l'observation nous les présente, quand on les compare entre elles, les chiffres nous apprennent que sur 446 cas, accompagnés d'une description suffisante et de détails précis, on trouve 106 cas de conjonctivites pseudo-membraneuses, 216 de conjoncti-

vites purulentes, sans fausses membranes, et 76 cas de conjonctivites catarrhales. Que fût-il arrivé si on eût pris en bloc toutes ces observations si distinctes les unes des autres? Précisément ce qui est arrivé à des auteurs qui se sont contentés du diagnostic insuffisant d'ophthalmie des nouveau-nés, sans désignation précise à laquelle ils avaient affaire dans chaque cas particulier. De là un vague, une incertitude, et le conflit le plus étrange dans les assertions des ophthalmologistes, les uns guérissant tous leurs malades sans exception, ou à très-peu d'exceptions près, par les moyens les plus variés et souvent les plus simples, donnant par là à entendre que l'affection n'a pas une gravité exceptionnelle, qu'elle n'a pour ainsi dire pas de gravité ; les autres déployant une thérapeutique violente, implacable, et considérant dès lors l'affection comme étant de l'espèce la plus dangereuse.

On ne pouvait sortir d'une si déplorable confusion, qu'à la condition de distinguer avec précision, et dans chaque cas particulier, l'espèce à laquelle il devait être rapporté. Et le moyen d'établir un diagnostic rigoureux consistait à examiner avec soin toute la surface intérieure de la conjonctive, ce qui ne pouvait être fait qu'au moyen des dilatateurs palpébraux, secondés dans leur action par l'emploi de lavages abondants.

Lorsque chez un enfant, atteint de conjonctivite purulente, et dont les paupières ont été préalablement écartées, on dirige un courant d'eau sur la conjonctive, le premier effet de la douche est de balayer les matières liquides purulentes ou mucoso-purulentes qui baignent la surface de la muqueuse. Ce lavage une fois accompli, si l'on continue l'action de la douche on s'aperçoit, au bout de quelques minutes, qu'il reste sur la conjonctive une toile fine transparente, dont la douche commence à détacher les bords. Prolongez encore l'action du courant d'eau, et la membrane, d'abord demi-transparente, devient opaque et d'autant plus épaisse que la douche est plus prolongée. Après dix ou douze minutes, on parvient ainsi, par la seule action de l'eau, à détacher la pseudo-membrane.

Quelques objections, tout à fait dénuées de sens, ont été dirigées contre l'existence de la pseudo-membrane. On a dit d'abord qu'elle n'était autre chose que l'épithélium des muqueuses. Il faut ignorer complétement la composition de l'épithélium et ses caractères microscopiques, aujourd'hui parfaitement définis, pour faire une pareille confusion. On a parlé de membranes gélatineuses qu'on formerait de toutes pièces avec de l'eau et une espèce de gélatine conjonctivale. C'est là le résultat d'une singulière inattention ou d'une grossière illusion d'optique. Jusque-là, nous préférons nous en rap-

porter à ce qui nous a été appris par des observateurs sérieux et tou à fait dignes de foi.

M. Lebert a reconnu que les fausses membranes de la conjonctivite purulente des nouveau-nés sont composées de fibrine coagulée sous forme striée et granuleuse, emprisonnant dans sa substance une multitude de globules de pus que la macération dans l'eau rend plus évidents et dont l'acide acétique fait bien voir les noyaux. On trouve en outre à la surface de la fausse membrane une couche de pus dans laquelle se voient les globules les mieux caractérisés, ayant la même forme, les mêmes dimensions, les mêmes noyaux que dans le pus de l'adulte.

L'exsudat citrin qui précède la formation de la pseudo-membrane, et qui en est l'élément générateur soumis à l'étude microscopique, est composé de rares filaments de fibrine, de la partie séreuse du sang et de quelques globules purulents.

Ces résultats constatés un grand nombre de fois et avec un redoublement d'attention par nous, par MM. Lebert, Schultz, Danielsen, Gruby, Coffin et Léon Rieux, sont définitivement acquis à la science et ne laissent place à aucune surprise, aucune équivoque, aucun doute.

L'existence de la pseudo-membrane, et pour plus de précision, la membrane fibrineuse exactement semblable aux pseudo-membranes diphthéritiques de la gorge et de la trachée dans le croup se trouve ainsi démontrée cliniquement et microscopiquement à la fois.

Nos résultats statistiques (Traité de la suppuration, t. 2, p. 77) établissent que dans les huit premiers jours qui suivent la naissance, il y a une prédisposition très-marquée au développement de l'ophthalmie pseudo-membraneuse, qui devient de plus en plus rare à partir du huitième jour de la naissance.

Un grand nombre d'auteurs parmi lesquels nous citerons Arnemann, Tilmann, Schmidt et Walther considèrent les enfants faibles, délicats comme particulièrement prédisposés à contracter l'ophthalmie purulente. Les recherches statistiques que nous avons faites à cet égard, nous apprennent que le nombre des sujets robustes et bien constitués l'emporte sur celui des enfants chétifs, dans la proportion de 24 à 12.

Les résultats de notre expérience personnelle nous permettent d'affirmer de la manière la plus positive la nature contagieuse de l'ophthalmie diphthéritique des nouveau-nés.

Déjà nous avions acquis la certitude, que si l'on touchait avec le même crayon de sulfate de cuivre, quelque bien essuyé qu'il fût, les petits ophthalmiques d'abord, et ensuite ceux qui depuis longtemps

n'avaient plus d'ophthalmie purulente, ces derniers contractaient tous de nouveau cette affection.

Mais un fait des plus concluants, et indiquant avec une exactitude mathématique la durée d'incubation, à dater de l'introduction du contagium, se produisit sous nos yeux dans notre service et dissipa tous les doutes sur ce point. (Voy. p. 79, du traité de la suppuration, observations de M. Desages.)

La pseudo-membrane s'offre tantôt avec l'apparence d'une toile extrêmement fine, tout à fait transparente permettant de distinguer nettement l'état des organes qu'elle tapisse, tantôt sous l'aspect d'une membrane opaque, épaisse de plusieurs millimètres, blanchâtre, floconneuse, exactement semblable à la production morbide caractéristique du croup et de l'angine couenneuse.

Le temps nécessaire pour la période d'incubation de la conjonctivite purulente des nouveau-nés n'est pas rigoureusement déterminé. Dans un cas où il nous a été donné de constater le moment précis de la pénétration du contagium sur la conjonctive : il a été de trente-six heures. Tous les auteurs s'accordent à placer vers le deuxième ou le troisième jour la manifestation des premiers accidents chez les nouveau-nés et nos relevés statistiques confirment pleinement cette donnée. Comme d'ailleurs, dans le plus grand nombre des cas, l'état des parties maternelles, autorise à penser que la maladie a été contractée par l'enfant au moment de la parturition, il est permis d'admettre que c'est en général trente-six ou quarante-huit heures au plus après l'application du contagium que les premiers symptômes se déclarent.

Le traitement par les douches oculaires est, après expérience comparative avec les autres moyens proposés, celui qui donne les résultats les plus rapides, les plus sûrs et les moins compromettants.

L'assentiment des auteurs est presque unanime sur l'utilité d'un lavage détersif de la muqueuse oculaire. Mais ce lavage, au degré où il peut être sérieusement efficace, ne peut être réalisé par les fomentations, les lotions extérieures et les injections à la seringue. Ce dernier mode offre même le danger d'une perforation directe de la cornée quand la cornée est ramollie et lorsqu'il survient un mouvement subit, ce à quoi il faut toujours s'attendre quand on agit sur un enfant.

La douche oculaire qui peut sans inconvénient prolonger pendant dix à douze minutes le lavage actif des surfaces malades, réalise complétement le *desideratum* du chirurgien.

Nous avons indiqué (traité de la suppuration, t. 2) les moyens d'en rendre l'exécution simple et facile.

M. VERNEUIL propose de faire un tirage à part de la discussion.

Il serait à désirer, dit-il, que l'administration des hôpitaux en prît connaissance.

La proposition de M. Verneuil n'étant pas appuyée, n'est pas mise aux voix.

La clôture de la discussion est prononcée par M. le président.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Polype naso-pharyngien opéré par la ligature.

M. BROCA. La tumeur que je mets sous les yeux de la Société présente quelques particularités anatomiques importantes. Son volume égale celui d'un œuf de pigeon ; sa consistance est intermédiaire entre celle des polypes fibreux et des polypes muqueux ; mais le microscope démontre nettement la structure fibreuse ; c'est donc bien un polype fibreux ; il est infiltré par une assez grande quantité de sérosité, ce qui lui donne cet aspect particulier.

Le malade est âgé de vingt ans ; il a déjà été opéré une fois, il y a trois ou quatre ans, probablement par l'arrachement ; il ne donne que des renseignements incomplets.

La récidive paraît avoir eu lieu il y a un an environ. Le polype remplissait l'arrière-gorge, mais son pédicule paraissait pénétrer dans les fosses nasales. L'insertion se faisait dans tous les cas à la voûte des fosses nasales et très-près de la surface basilaire. L'opération dont je vais parler a d'ailleurs démontré que l'implantation était double.

J'ai eu recours à la ligature : je ne viens pas la préconiser comme méthode générale, mais le cas m'a paru favorable, et je n'ai pu oublier l'avoir vu employer avec succès par Blandin dans deux cas. Dans l'un, la récidive n'eut pas lieu pendant les deux ans où je pus observer le malade, et n'a probablement pas eu lieu depuis. Ce malade, infirmier à l'Hôtel-Dieu à l'époque où j'y étais interne, serait sans doute venu s'adresser à moi si pareil malheur lui était arrivé.

J'ai porté l'anse de fil à l'aide d'un instrument fort ingénieux que M. Mathieu m'a construit du jour au lendemain. Ce porte-anse est, comme vous le voyez, composé de deux tiges creuses, courbes à leur extrémité et montées sur un manche. Le fil y est maintenu à l'aide d'une tige centrale mobile, à l'aide de laquelle on peut fermer ou ouvrir à volonté le chas dans lequel la ligature est engagée. Ce qui rend l'usage de ce porte-anse fort commode, c'est qu'il peut être introduit fermé, et que le développement de l'anse ne s'effectue que lorsque l'on est arrivé au point où l'on désire la placer. Un mécanisme très-simple permet l'écartement des deux tiges creuses qui constituent l'instrument. Les fosses nasales de mon malade sont très-étroites ; je

pus cependant attirer facilement, à l'aide d'une anse de fil préalablement introduite, les chefs de ma ligature. Mais je fus fort embarrassé quand il s'agit de placer le serre-nœud : tous étaient trop volumineux. **M.** Mathieu, présent à l'opération, imagina de tarauder l'extrémité de la curette articulée de Leroy d'Étiolles. Cela me servit admirablement de serre-nœud, et depuis M. Mathieu a construit, d'après ce modèle, un serre-nœud que voici : il a le grand avantage de pouvoir être introduit facilement dans les cavités les plus étroites, la portion coudée à travers laquelle on engage les fils pouvant n'être relevée que lorsque l'on va opérer la striction. J'ai dit que la tumeur avait un second pédicule ; le premier fut en effet coupé dès le second jour, mais la tumeur tenait encore et je dus l'arracher pour l'amener à l'extérieur, à travers la cavité buccale. Le malade a quitté l'hôpital dans l'état le plus satisfaisant, quelques jours seulement après l'opération.

Lipôme de la langue. — Ablation par la galvano-caustique.

M. FOLLIN présente à la Société une tumeur très-rare de la langue ; c'est un lipôme qu'il a enlevé ce matin par la galvano-caustique.

Le malade, qui avait cette tumeur était un vieillard entré à l'hôpital Cochin pour un phlegmon diffus et gangréneux du dos de la main droite, suite d'une piqûre. L'état de la main s'est promptement amélioré sous l'influence du repos et de topiques variés. On s'aperçut alors que cet homme parlait très-difficilement, comme quelqu'un qui parle avec des aliments dans la bouche. En recherchant la cause de cet obstacle à la parole, on trouve dans la bouche une tumeur du volume d'un œuf, insérée par un large pédicule sur la partie latérale gauche et un peu en arrière de la pointe de la langue. Cette tumeur n'a pas le même aspect à droite et à gauche. Au côté droit, on aperçoit une masse jaune, molle, lobulée, qui ressemble tout à fait à un lipôme ; au côté gauche, la surface de la tumeur est grisâtre, un peu dure, légèrement ulcérée sur une étendue de 1 centimètre au niveau de quelques dents aiguës de l'arcade dentaire supérieure gauche.

Cet homme, qui est très-peu intelligent, raconte que cette tumeur date de vingt-deux ans, qu'à son début et pendant six années, elle était accompagnée d'hémorrhagies, puis que cet écoulement sanguin arrêté, elle a grossi peu à peu jusqu'au volume d'un œuf. Cette masse nuit à la parole et à la mastication ; elle est, pour ce malade, un obstacle à une alimentation convenable ; enfin, elle commence à être le siége d'une ulcération qui peut avoir des conséquences fâcheuses. **M.** Follin se décide alors à enlever cette tumeur à la condition, vu le grand âge du malade, d'employer un procédé opératoire qui permette d'extirper le mal rapidement, sans grande douleur et sans hémorrha-

gie du côté des vaisseaux veineux surtout, qui pénètrent dans le pédicule de cette tumeur. La galvano-caustique, avec l'anse coupante, a d'abord paru satisfaire et a véritablement satisfait à ce qu'on désirait obtenir dans ce cas.

Un fil de platine, de grosseur moyenne, a été jeté et serré modérément sur le pédicule de la tumeur, puis M. Follin a fait passer, à travers cette anse métallique, le courant de quatre éléments de la pile de Middeldorpf, tout en tournant le treuil qui resserre l'anse métallique. En moins d'une minute la tumeur a été coupée, sans douleur et presque sans écoulement de sang. Cette absence d'hémorrhagie s'explique bien en examinant la surface sèche et légèrement cautérisée de la tumeur, là où a passé l'anse galvano-caustique; à peine une petite cuillerée de sang est-elle sortie de la surface de section du côté de la langue.

L'examen de la pièce, mise sous les yeux de la Société, fait constater un lipôme dont les lobes sont dépassés par des cloisons fibreuses épaisses. Au point ulcéré, il y a une induration plus grande et un épaississement de la muqueuse, sans infiltration épithéliale. A la dissection de cette pièce, il est facile de voir qu'il s'agit d'un lipôme primitivement développé dans la langue, dont les fibres longitudinales accompagnent la tumeur dans un tiers de sa hauteur. Au delà, ce lipôme n'est plus recouvert que par la muqueuse. On peut supposer que cette masse graisseuse, primitivement développée dans la langue a, en grossissant, écarté les fibres longitudinales du côté gauche de l'organe, et s'est peu à peu pédiculisée en refoulant la muqueuse linguale au dehors.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 7 MARS 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

A propos du procès-verbal :

— **M. DOLBEAU** demande à M. Broca s'il ne serait pas d'avis de ne pas faire publier son observation sous le titre de : *Polype naso-pharyngien.* Il croit que le polype était primitivement nasal.

— **M. BROCA** ne conteste pas la possibilité de cette interprétation;

cependant il ne saurait donner à ce polype une autre dénomination. La nature du tissu, l'implantation présentent bien quelques particularités, mais elles sont relatées dans l'observation.

— **M. TRÉLAT** rappelle à M. Broca qu'il a employé, il y a trois ans, un serre-nœud très-simple et d'un très-petit volume, pour serrer une ligature portée sur un polype du larynx. Il a présenté cet instrument à la Société, et pense qu'il eût bien rempli les indications, dans l'opération de M. Broca.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les nos de la semaine, de la *Gazette des Hôpitaux,* de l'*Union médicale,* de la *Gazette hebdomadaire,* le *Mouvement médical,* le *Bulletin médical du nord de la France*, le *Bulletin général de thérapeutique,* les *Archives générales de médecine.*

— M. le professeur Ch. Emmert de Berne fait hommage à la Société des trois premiers volumes de son *Traité des affections chirurgicales.*

— M. Broca offre à la Société son *Étude historique sur Celse.*

A propos de la correspondance :

— **M. LARREY** fait hommage à la Société des photographies en grandeur naturelle, *des perforations du crâne,* qu'il lui a dernièrement montrées.

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

— **M. BOUVIER** présente un *nouvel appareil pour le traitement de la coxalgie;* et en donne la description suivante :

J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de M. Charrière et au mien, un nouvel appareil pour la coxalgie.

A la suite de notre discussion de 1865 sur la coxalgie, j'ai été amené à étudier de nouveau la question des appareils à employer dans cette affection.

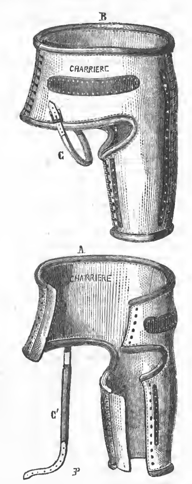
M. Verneuil a bien voulu appliquer sous mes yeux son appareil inamovible sur deux enfants que je lui ai présentés. Notre collègue m'a fait voir ce même appareil appliqué sur des adultes. M. Desormeaux m'a également rendu témoin, sur plusieurs malades, des effets de l'appareil de M. Verneuil, très-légèrement modifié.

Je me suis convaincu, par l'examen de ces faits, qu'à l'aide de cet appareil inamovible, on pouvait sans inconvénient, dans un certain nombre de cas, lever les malades et les faire marcher avec des béquilles plus tôt que je n'avais jusqu'alors l'habitude de le faire.

Mais M. Verneuil lui-même nous a rappelé, dans le temps, les défauts des appareils inamovibles, appliqués à la coxalgie, et de

son aveu, il n'avait pu, dans le sien, que pallier ces défauts (1).

C'est ce qui m'a conduit à construire avec M. Charrière fils, qui nous a été si malheureusement enlevé depuis, un appareil tel que celui que je place sous vos yeux.



Nous avons pris pour modèle le bandage inamovible de M. Verneuil,

(1) Voir le *Bulletin de la Société de chirurgie,* 2e série, t. VI, p. 54 et 55.

avec toute la différence que notre appareil s'arrête au-dessus du genou, dont il laisse les mouvements libres.

Parmi les matières dont, à diverses époques, on a fait des coques propres à remplacer les bandages inamovibles, soit dans les fractures, soit dans les affections articulaires, nous avons préféré le cuir moulé, renforcé par des bandes d'acier, déjà appliqué avec succès par M. Charrière au redressement de la région cervicale, et déjà employé, depuis plusieurs années, par M. Mathieu pour la coxalgie elle-même.

L'appareil se compose de deux valves, une antérieure et une postérieure qui, réunies de chaque côté par des laçures, embrassent exactement la circonférence de l'abdomen, du bassin et de la cuisse du côté malade. Tout l'intérieur et les bords de l'appareil sont convenablement matelassés. On retient la ceinture abdominale avec un sous-cuisse, quand elle tend à remonter du côté sain.

Cet appareil immobilise la hanche, maintient le membre dans l'attitude voulue, comme les bandages inamovibles. Il permet de même les mouvements généraux du corps. Il a sur ces bandages l'avantage précieux, suivant moi, de pouvoir être promptement enlevé et réappliqué, desserré et resserré totalement ou partiellement, suivant le besoin.

Je l'ai employé jusqu'à présent dans deux circonstances principales: 1° au début de la coxalgie, pour prévenir les douleurs et les déviations, et même pour les faire cesser quand elles sont encore peu considérables; 2° après un redressement obtenu par d'autres moyens, pour continuer la contention de la hanche, lorsque la station debout ou assise ne rappelle plus les douleurs.

Je pense qu'on pourrait étendre les applications de cet appareil, en le perfectionnant et en le modifiant suivant les cas.

M. LE FORT. L'appareil de M. Bouvier ne me paraît applicable que lorsque déjà le redressement est obtenu. On ne peut cependant obtenir ce redressement du premier coup dans tous les cas. De là, la nécessité d'applications successives d'appareils inamovibles, qui s'adaptent à la nouvelle position du membre. Il faudrait pour remplir cette indication avec l'appareil de M. Bouvier, faire construire pour le même malade, plusieurs appareils, c'est là un grave inconvénient, car la fabrication est difficile et dispendieuse.

M. GUERSANT. Les indications que peut remplir cet appareil me paraissent très-définies. C'est au début, avant toute déformation, ou à la fin de la maladie, après redressement complet, qu'il me paraît utilisable. Il ne saurait convenir dans la période de déformation.

M. DEMARQUAY. Je préfère l'appareil dextriné ouaté pendant la période d'état de la maladie. Mais lorsque l'on arrive à la guérison,

alors que l'on a encore besoin d'un tuteur solide, qui permette cependant de faire lever ou marcher les malades, l'appareil de M. Bouvier est appelé à rendre de véritables services.

M. CHASSAIGNAC. Je ne doute pas que l'appareil de M. Bouvier ne puisse être appliqué dans certains cas. Mais je ne puis le comparer, comme valeur pratique, à l'appareil inamovible. Avec celui-ci on peut mouvoir le malade, même dans la période aiguë; on assure aussi l'immobilité d'une manière certaine. Avec l'apparoil nouveau on ne peut intervenir utilement que plus tard, et encore faudrait-il des cas où l'immobilité absolue ne fût plus nécessaire; car un appareil qui ne prend pas le genou n'immobilise que fort incomplétement la hanche.

M. VERNEUIL. Je donne aussi la préférence aux appareils inamovibles. Partout, le chirurgien lui-même peut les construire, il suffit d'un peu de linge, de plâtre et de fil de fer. Pour fabriquer l'appareil de M. Bouvier, il faut au contraire des ouvriers habiles, il faut en outre le payer cher. Je crois que ce sont là des raisons qui s'opposeront surtout à sa généralisation.

M. GIRALDÈS. J'ai eu l'occasion, à propos de la discussion sur la coxalgie, de parler de l'appareil de M. Hilton. En voici le dessin, il est semblable à celui de M. Bouvier.

M. BOUVIER. M. Guersant a bien précisé les indications que peut remplir l'appareil que je propose. Voici deux petits malades que je vous présente, l'un est au début, l'autre à la fin de sa coxalgie. M. Verneuil avait bien voulu appliquer chez celui-ci son appareil inamovible. Cette application avait été suivie des plus heureux effets, mais une maladie intercurrente survint et l'enfant fut laissé sans appareil. Les douleurs reparurent; j'appliquai mon appareil et j'obtins le même bénéfice qu'avec celui de M. Verneuil. L'enfant peut marcher sans souffrir. Il en est de même du second, chez lequel l'affection est récente.

Je tenais à vous montrer mon appareil en place; je vais maintenant essayer de répondre aux objections que vous avez bien voulu m'adresser.

Je n'ai pas la prétention de remplacer dans tous les cas les appareils inamovibles par le mien. J'ai précisé les indications auxquelles il répond. Mais je dirai qu'il est moins difficile qu'on ne le suppose de l'adapter au membre dans les différentes périodes du traitement. Il est facile de modifier le moule sans recommencer le moulage du membre, et l'on peut, sans tourmenter le malade, faire modifier son appareil ou on faire préparer un nouveau. Rien ne serait plus facile, non plus, que d'immobiliser le genou, il suffit de faire l'appareil plus long. On pourrait, il est aisé de le comprendre, immobiliser tout le corps. Je

n'ai pas eu besoin encore d'appareils plus longs que ceux que je vous présente, mais l'occasion d'en faire faire se présentera sans doute.

Cet appareil est d'un prix de revient assez fort, il coûte actuellement de 60 à 80 francs; il est à supposer que ce prix serait réduit avec une plus grande fabrication, et que pour les enfants surtout il serait moins cher. Mais la question n'est pas là, non plus que dans les difficultés de la fabrication. M. Lambron vous a présenté, il y a quelques années, un appareil analogue pour les fractures de la cuisse; c'est le sabotier et le cordonnier de l'endroit qui l'avaient fabriqué sur ses indications. L'un avait fait la forme, l'autre avait cambré et travaillé le cuir. Nous devons sans doute tendre à ce que nos moyens de traitement soient utilisés par tous, mais nous ne pouvons renoncer à perfectionner notre art pour des raisons de prix et de fabrication.

M. DEMARQUAY. L'appareil de M. Bouvier a un très-grand avantage sur lequel n'a pas insisté notre honorable collègue. Grâce à lui, on peut avec toute tranquillité envoyer à la campagne, aux bains de mer, aux eaux, les coxalgiques convalescents qui ont si souvent besoin d'avoir recours à ces moyens.

M. LE FORT. L'appareil plâtré dont je me sers, permet de mettre les malades au bain et il ne coûte que cinquante centimes.

M. VERNEUIL. Nous pratiquons dans un grand centre où tout nous est facile. C'est pour cela que nous devons toujours avoir en vue, lorsque nous proposons un moyen nouveau, de le mettre à la portée de tous les praticiens et de toutes les bourses. Or, je le répète, l'appareil inamovible répond parfaitement à ces conditions. Il est loin d'en être ainsi pour celui de M. Bouvier.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Rétrécissement syphilitique de la trachée.

— **M. VERNEUIL** présente une pièce anatomique dont la description sera publiée ultérieurement avec l'observation.

M. DEMARQUAY. J'ai pratiqué trois fois la trachéotomie pour des rétrécissements de la trachée, entre autres chez un malade dont l'observation est consignée dans la thèse de M. Charnal. Dans une autre circonstance ce fut sur une dame hongroise. J'avais fait faire des canules spéciales, mais cela fut inutile; je tombai sur le rétrécissement, je le divisai et je pus introduire une canule ordinaire. Cette dame porte maintenant une canule à soupape et jouit d'une bonne santé. Dans le troisième cas il fallut franchir le rétrécissement avec une canule quadrivalve, introduite fermée. Je dilatai peu à peu, et au bout de vingt-quatre heures je pouvais déjà placer des canules

ordinaires. Ce malade mourut d'un rhumatisme un an après. M. Bourdon a observé, l'année dernière, un nouveau cas de rétrécissement de la trachée et l'a présenté à la société médicale des hôpitaux.

M. CHASSAIGNAC. J'ai observé plusieurs fois des rétrécissements de la trachée, entre autres le malade dont M. Moissenet a publié l'histoire. Dans une autre circonstance, il s'agissait d'un personnage devenu depuis l'un des chefs de l'insurrection polonaise. Deux mois après l'opération, il pouvait entreprendre un long voyage. Chez une femme à l'hôpital Saint-Antoine, l'opération réussit aussi ; mais toute l'épaisseur de la trachée était comprise dans la cicatrice ; on n'a jamais pu lui enlever sa canule.

— **M. DEMARQUAY** croirait plutôt à des ulcérations de la trachée qu'à des tumeurs gommeuses.

— **M. VERNEUIL** fait remarquer que tout, au contraire, témoigne en faveur de tumeurs gommeuses.

C'est aussi l'avis de la majorité des membres de la Société.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 14 MARS 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. LARREY fait hommage, au nom de M. le docteur Lahillone, capitaine d'artillerie, de sa traduction du *Traité d'histologie comparée de l'homme et des animaux*, par le professeur Franz Leydig, de Tubingue.

— **M. FOUCHER** présente, au nom de M. Chenevier, professeur de clinique et chirurgien en chef de l'hôpital de Besançon, une observation de luxation spontanée du cristallin. M. Chenevier demande à être compris au nombre des candidats au titre de correspondant national. (Commission, MM. Foucher, Follin, Dolbeau.)

La Société reçoit les numéros de la semaine de la *Gazette des hôpitaux*, de l'*Union médicale*, de la *Gazette hebdomadaire*, la *Revue*

d'hydrologie médicale, le *Mouvement médical* et le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

A propos du procès-verbal :

M. BOUVIER. A l'occasion du procès-verbal, j'ajouterai quelques mots à ma communication de mercredi dernier. Sur l'indication de notre savant collègue M. Giraldès, j'ai consulté le travail de M. Hilton. C'est une suite de leçons publiées dans la *Lancette anglaise* pour l'année 1861. Cet intéressant mémoire a pour titre : *De la douleur et de l'influence thérapeutique du repos mécanique et physiologique dans les accidents et les maladies chirurgicales*, ce qui rappelle le petit ouvrage de notre David, de Rouen, gendre de Lecat, publié en 1779 et intitulé : *Des effets du mouvement et du repos dans les maladies chirurgicales*. L'article consacré par M. Hilton aux maladies articulaires pourrait, en quelque sorte, passer pour une nouvelle édition du *Mémoire de David*, mise à la hauteur des progrès de la chirurgie depuis quatre-vingt-dix ans. L'éminent auteur anglais a voué cette partie de son œuvre à la démonstration du grand principe généralement adopté, de nos jours, dans le traitement des maladies articulaires, à savoir : que la *nature* fait tous les frais de la guérison, lorsqu'on a soin de prévenir tout mouvement de la jointure malade; principe déjà contenu dans le *Mémoire de David*, resté, je pense, inconnu à M. Hilton. Après avoir cité des cas de guérison d'affections articulaires graves, le chirurgien rouennais dit, entre autres choses : « C'est à la *nature* qu'ont été dues ces grandes guérisons, et l'art n'y a concouru qu'en écartant tout mouvement.... Les pansements très-rares et les membres placés à demeure dans des fanons, comme dans les fractures, ont été les seuls moyens employés (1). » Et à cette époque, ce grand principe était encore bien peu répandu.

Le bandage pour la coxalgie, représenté dans l'ouvrage de M. Hilton, a le plus grand rapport avec celui que M. Charrière a construit à ma demande, et je me plais à reconnaître ici la priorité du chirurgien anglais dont je ne connaissais pas le travail. Ces deux appareils sont-ils parfaitement identiques? Il me semble que non, autant que j'en puis juger par le peu de mots que M. Hilton a dit du sien et par la figure très-réduite qu'il en a donnée. A part quelques différences de détail dans la construction, j'ai cru voir que la ceinture, dans l'appareil anglais, ne devait pas se mouler aussi exactement sur la partie inférieure du tronc, que dans l'appareil de M. Charrière. Or, la ceinture joue ici un grand rôle. C'est la perfection de la ceinture qui fait

(1) David. *Des effets du mouvement et du repos*, Paris, 1779, p. 130.

le plus grand avantage de l'appareil inamovible de M. Verneuil, et nous nous sommes efforcés, M. Charrière et moi, de reproduire cette perfection dans le bandage en cuir moulé.

Je ne veux pas dire toutefois que ce moulage exact soit toujours indispensable. Il est beaucoup de cas dans lesquels on serait très-utile aux malades, même en se servant simplement d'un cuir ferme, d'une sorte d'attelle comme celles qui ont déjà été indiquées par A. Paré, mais beaucoup plus large, découpée et *cambrée* aux deux extrémités, de manière à entourer séparément la cuisse d'une part, la partie inférieure de l'abdomen de l'autre, et à s'opposer ainsi principalement à la flexion du membre, mouvement qu'il importe le plus de prévenir. Un pareil bandage pourrait être employé, comme le demande M. Verneuil, dans les plus petites localités, où beaucoup de chirurgiens seraient peut-être plus en état de le construire eux-mêmes que d'appliquer un bon appareil inamovible.

M. Hilton rapporte sommairement trois cas où il a mis en usage son appareil en cuir moulé. Ces observations, quoique incomplètes, offrent de l'intérêt; en voici une courte analyse.

Premier cas. — Enfant de deux ans. Suppuration ancienne de l'articulation scapulo-humérale gauche ; coxalgie commençante du même côté. Mère phthisique. Application du bandage en cuir en 1848, avec décubitus continuel pendant six mois et exercices gradués de marche cinq autres mois. Malheureusement l'attitude du membre avant le traitement n'est pas indiquée. Le bras fut contenu par une écharpe et condamné à l'immobilité. Le résultat fut la guérison complète de la coxalgie, la guérison, avec ankylose et atrophie, de l'affection du membre supérieur. M. Hilton a revu plus tard ce malade, alors âgé de quinze ans et très-bien portant. L'auteur fait justement remarquer que, si l'immobilisation avait été employée à temps pour l'affection de l'épaule, on eût sans doute prévenu la suppuration, comme on l'a fait pour la hanche.

Deuxième cas. — Garçon de dix-sept ans. Mère, frères et sœurs morts de tubercules pulmonaires. Coxalgie non suppurée. Ici encore il n'est rien dit de l'attitude de la cuisse. Application de l'appareil en 1847, avec repos horizontal pendant cinq mois, suivi d'exercices gradués de locomotion. Guérison complète. Longtemps après, ce jeune homme était au service dans la grande guerre de l'Inde.

Troisième cas. — Garçon de douze ans et demi. Coxalgie avec abcès volumineux. Emploi, en 1856, de l'appareil en cuir, largement échancré vis-à-vis de l'abcès. Mort de phthisie pulmonaire au bout d'un an. Ce fait montre, contrairement à l'opinion exprimée par

M. Demarquay, que le bandage en cuir moulé est applicable même aux cas de coxalgie suppurée.

COMMUNICATION.

Anesthésie locale provoquée par la pulvérisation de l'éther.

M. LE FORT rappelle les essais anciennement faits par M. Guérard, à l'aide de l'éther vaporisé, pour obtenir l'anesthésie locale. Ces essais ont été répétés par plusieurs chirurgiens. Il désire aujourd'hui attirer l'attention de la Société sur un nouveau procédé qu'un médecin de Londres, M. Richardson, a proposé il y a deux ou trois mois. Son appareil est un pulvérisateur spécial, que M. Le Fort n'a pu se procurer. M. Giraldès a proposé, dans son article anesthésie, inséré dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, d'opérer la pulvérisation de l'éther à l'aide de l'appareil de M. Luër. C'est à ce procédé que M. Le Fort a eu recours le matin même, à l'hôpital du Midi, pour ouvrir des bubons. Les malades n'ont pas accusé de douleur. M. Le Fort montre à la Société que le jet d'éther projeté sur un tube contenant un peu d'eau, provoque un commencement de congélation.

M. FOUCHER. Il y a un an au moins que j'ai employé l'éther de la même façon. J'agissais à l'instigation de M. Georges qui s'est beaucoup occupé d'anesthésie. Je n'ai jamais obtenu qu'une anesthésie incomplète et très-fugace. J'ai dû y renoncer.

M. DEMARQUAY. L'éther vaporisé sur la peau donne de bons résultats pour les opérations superficielles. Je fais la vaporisation avec un soufflet, et depuis longtemps, je ne recours pas à d'autre méthode anesthésique, pour opérer l'ongle incarné. Je ne trouve qu'un inconvénient grave à l'emploi de l'éther, c'est la possibilité de mettre le feu.

M. VELPEAU. J'ai expérimenté la méthode de M. Georges à la même époque que M. Foucher, mes conclusions sont identiques aux siennes.

J'ai vu faire, par quelques élèves de mon service, des expériences bien plus simples avec le tube des parfumeurs; on arrive à insensibiliser assez bien la peau, pour y enfoncer des épingles, mais il ne faut pas aller trop profondément.

Il est bien à désirer que l'on arrive à trouver une bonne méthode d'anesthésie locale. Mais il est non moins à souhaiter que des essais imparfaits ne fassent pas oublier ce que nous avons de bon. Depuis que M. Arnott a fait connaître son mélange réfrigérant, je n'ai cessé d'en faire usage pour les petites opérations et toujours avec les meilleurs résultats.

M. DÉSORMEAUX. J'emploie souvent l'éther vaporisé au soufflet; quand on agit sur des parties bien isolées et peu épaisses comme le doigt, cela réussit; sur les parties volumineuses au contraire, je n'ai eu que peu de résultats. Je dois déclarer que j'ai renoncé à la glace et au sel, dont l'application est toujours très-douloureuse.

M. LABORIE. J'ai souvent employé comparativement la glace et l'éther pour l'ongle incarné. L'éther réussit beaucoup mieux. Avant de verser l'éther sur l'orteil, j'ai toujours soin de le lier à sa racine.

M. PERRIN. L'éther n'agit que comme réfrigérant et ne donne qu'une anesthésie superficielle, c'est un point bien acquis par l'expérience. Son contact est insupportable sur les parties délicates et sensibles comme les organes génitaux, l'anus, etc. Il a donc rendu peu de services. En rendra-t-il davantage grâce à la pulvérisation? Il y a lieu d'en douter. L'expérience de M. Le Fort est peu concluante, on arrive à produire la congélation en plongeant simplement dans l'éther liquide un tube contenant de l'eau. Je suis surpris des résultats contradictoires indiqués par nos collègues à propos du mélange d'Arnott. Je l'ai très-souvent employé et suis absolument de l'avis de notre maître M. Velpeau.

M. LE FORT. Avec l'appareil de M. Luër on congèle en une minute la partie sur laquelle est dirigé le jet d'éther vaporisé. Je crois donc que la pulvérisation doit beaucoup accroître le pouvoir réfrigérant de l'éther. Je désire seulement appeler l'attention sur cette méthode nouvelle, mais je ne méconnais pas pour cela les bons effets du mélange réfrigérant, et suis à cet égard de l'avis de MM. Velpeau et Perrin.

M. VELPEAU. Les divergences qui se produisent à propos de l'emploi du mélange de glace et de sel, sont difficiles à expliquer. Comment les malades de M. Désormeaux ont-ils autant souffert, tandis que les miens n'ont accusé de douleur ni pendant l'application du mélange, ni pendant ni après l'opération. On ne peut pas avoir d'anesthésie plus complète que celle que l'on obtient avec la glace et le sel: aussi, M. Laborie m'a-t-il étonné en disant que l'éther anesthésiait mieux. Il est vrai que M. Laborie étrangle la racine de l'orteil; il y a bien trente ans que je me suis servi de ce moyen pour la première fois. On insensibilise presque complétement: aussi je crois bien que l'éther ne fait que compléter l'action de la ligature.

M. GUERSANT a fait usage, pendant vingt années, du mélange d'Arnott, il n'a eu qu'à s'en louer.

M. DEMARQUAY lui reconnaît aussi de grands avantages, mais il pense que sur des parties dénudées et excoriées, le contact de la glace et du sel peuvent être douloureux.

M. LABBÉ. Personne ne s'est encore préoccupé de ce qui se passait

pendant la réaction, chez les malades soumis à l'anesthésie par la glace. J'ai toujours vu se produire des douleurs très-violentes dans les trois ou quatre heures qui suivent la congélation. J'ai même observé chez certains malades de petits points mortifiés; il en est qui m'ont déclaré ne plus vouloir s'y soumettre. Je crois l'emploi de la ligature et de l'éther combinés bien préférable à celui de la glace et du sel.

M. VELPEAU. Il ne m'est jamais arrivé d'observer ces douleurs, cette réaction excessive allant jusqu'à la mortification partielle, et je crains que M. Labbé n'ait porté trop loin la congélation. Voici comment je procède : je mélange de la glace grossièrement pilée à un cinquième de gros sel; le tout est enfermé dans de la tarlatane, et l'orteil est enveloppé jusqu'à sa racine. Je regarde de temps en temps l'orteil et quand les tissus sont devenus blancs, j'enlève le mélange réfrigérant et fais l'opération; cela dure trois à quatre minutes. J'ai vu bien des malades obligés de se faire arracher de nouveau l'ongle, réclamer instamment la glace. Il serait vraiment fâcheux de voir abandonner un moyen aussi simple, aussi sûr et aussi inoffensif.

M. BROCA. De très-nombreuses expériences prouvent que la gangrène n'est pas à craindre quand la réfrigération n'a duré que quatre ou cinq minutes. Des tissus complétement gelés reviennent à leur état normal, si la congélation n'a pas duré trop longtemps. J'ai vu Robert opérer un doigt entièrement congelé : les glaçons craquaient sous le bistouri, les tissus n'ont pas souffert. Il faut qu'il y ait eu chez les malades de M. Labbé des conditions de tissu toutes particulières.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, F. Guyon.

SÉANCE DU 21 MARS 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Faliu adresse à la Société une observation d'extirpation de polype du col de l'utérus à l'aide d'une nouvelle pince. Commission : MM. Tarnier, Tillaux, Le Fort.

— M. le docteur Davat, d'Aix, membre correspondant, adresse une note à l'occasion de la discussion sur l'*ophthalmie purulente.*

Voici un extrait de cette communication :

J'ai pris pour habitude et pour règle :

1° De placer l'œil dans l'immobilité;

2° De l'isoler de la lumière et de l'air ;

3° D'agir sur l'œil médiatement deux à trois fois par jour seulement, et immédiatement constamment.

En dehors des moyens généraux réclamés par le tempérament, le traitement local que j'emploie et qui remplit les précédents préceptes, consiste à recouvrir la paupière de l'œil malade de deux rondelles de linge superposées, sur lesquelles on a répandu une double couche du mélange suivant :

Blanc d'œuf.	n° 1.
Alun de roche pulvérisé. .	1 gramme.
Sublimé d'hydrargire. . .	0 gr. 20.

Battez ensemble.

Quand il y a douleur, photophobie, le mélange peut être additionné de laudanum ou d'atropine.

Les rondelles en se desséchant adhèrent sur les paupières, fixent l'œil, l'isolent de l'air et du jour; elles sont un bon antiphlogistique. On les renouvelle suivant l'intensité de la lésion oculaire, quand il y a lieu de laver l'œil et de le cautériser. Le pansement répété soir et matin suffit généralement.

— M. Larrey fait hommage de son rapport sur le travail de M. le docteur H. Dumont, sur la maladie dite des sucreries.

— M. Didiot, médecin principal des hôpitaux militaires, adresse un mémoire sur le choléra à Marseille en 1865.

La Société reçoit :

Le *Montpellier médical;*

Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale ;*

Le tome IX de la 2e série des *Bulletins de la Société anatomique de Paris ;*

Les numéros 1, 2, 3, 4, 5, 6, de la *Gazette médicale de Lyon* pour l'année 1866, et la Table de l'année 1865;

Les numéros de la semaine :

De la *Gazette des hôpitaux;*

De l'*Union médicale ;*

De la *Gazette hebdomadaire ;*

Du *Mouvement médical ;*

Et de la *Médecine contemporaine.*

A propos du procès-verbal :

Anesthésie locale par l'éther pulvérisé.

M. MARJOLIN. J'ai pratiqué deux opérations après avoir essayé l'anesthésie locale. M. Luer avait bien voulu faire fonctionner son appareil, l'éther était parfaitement pur.

Il s'agissait dans le premier cas de réséquer l'extrémité d'un fémur saillant à travers une plaie; dans le second, d'ouvrir un kyste renfermant une exostose épiphysaire qu'une fracture accidentelle avait rendue complétement mobile.

Nous opérions dans une très-grande salle et cependant il s'y était accumulé une telle quantité de vapeur d'éther, qu'un corps en ignition eût probablement créé un danger véritable. J'ai été, pour ma part, étourdi pendant plus d'une heure ; le second de mes opérés a été aussi fort incommodé et jeté dans un état nerveux fort pénible.

Chez les deux opérés, l'anesthésie a été imparfaite. Chez le premier, il y a eu dans la journée une hémorrhagie en nappe assez abondante.

M. LE FORT. Je suis convaincu que l'anesthésie locale par l'éther doit être absolument réservée aux petites opérations et aux ouvertures d'abcès. Je ne suis donc pas surpris de ce que M. Marjolin vient de nous dire. Il est important de se servir d'éther rectifié; il n'est pas douloureux au contact des tissus, parce qu'il ne contient pas d'alcool, et il en faut une moindre quantité pour obtenir la réfrigération, ce qui est important.

Appareil en cuir pour la coxalgie.

M. GIRALDÈS. Après avoir présenté son nouvel appareil à l'Académie, M. Bouvier est venu le montrer à la Société de chirurgie. Il a reçu ici un moins bon accueil, et j'ai eu pour ma part la malencontreuse idée de montrer que M. Hilton avait déjà fait construire et employé un appareil semblable.

M. Bouvier a bien voulu tenir compte de mon observation, et, sur sa demande, je lui ai fourni les indications nécessaires; il a pu ainsi étudier l'ouvrage de M. Hilton. Notre collègue est venu dans la dernière séance vous dire le résultat de son examen.

Tout serait donc pour le mieux si M. Bouvier, au lieu de parler simplement de l'appareil de M. Hilton, n'avait critiqué son ouvrage et n'avait aussi, en parlant de l'appareil, commis quelques erreurs d'appréciation. La note que notre collègue a rédigée pour le procès-verbal ne reproduit pas exactement ce qu'il nous a dit en séance; cependant les critiques que je vais présenter ont encore leur raison d'être.

D'après M. Bouvier, les leçons de M. Hilton ne seraient que la reproduction des idées qu'avait soutenues quatre-vingt-dix ans auparavant David de Rouen.

On est toujours bienvenu quand on réclame pour un auteur de son pays; mais le livre de M. Hilton n'est en aucune façon le décalque de celui de David. Ces deux ouvrages n'ont pas plus de ressemblance qu'une feuille de papier et une feuille de cuir.

Le mémoire de David a quelques pages seulement; il s'occupe de la carie de la colonne vertébrale, des abcès par congestion, très-incidemment des maladies articulaires. Attribuer à David l'honneur d'avoir posé en précepte le principe du repos des jointures, comme base de leur thérapeutique, c'est lui attribuer rétroactivement un mérite auquel son ouvrage ne lui donne aucunement droit. M. Hilton a trente ans de pratique à Guy's Hospital; c'est un ancien élève de l'école de Paris et de A. Cooper. Il a fait au collége des chirurgiens six leçons sur les affections de la hanche pendant trois années consécutives, et ce sont ces dix-huit leçons qu'il a réunies en un gros volume, où la question est étudiée d'une manière approfondie. Les observations qu'il a rapportées ne sont pas écourtées, ainsi que le disait M. Bouvier; elles ne sont pas non plus au nombre de trois seulement, il y en a une dizaine. On ne peut donc établir d'analogie entre deux ouvrages aussi différents.

Quant à l'appareil, M. Bouvier a bien reconnu qu'il était en cuir moulé, mais il a cru qu'il consistait en une simple attelle. Oui, si l'on appelle ainsi un appareil qui enveloppe toute la circonférence du membre, le bassin, et se moule exactement sur les parties. D'ailleurs M. Hilton a le soin de nous montrer un peu plus loin ce que l'on peut faire avec de simples attelles. Il suffit de jeter les yeux sur les figures qui accompagnent les descriptions de M. Hilton pour être convaincu.

L'appareil de M. Hilton est bouclé au lieu d'être lacé, il n'est pas renforcé de lames métalliques; de plus il est complété par une attelle munie d'une semelle : à l'aide de cet ajutage on immobilise la jambe et le pied. Voilà les vraies et les seules différences.

Les renforts métalliques ont été utilisés et conseillés par Brodie; le cuir moulé a été dès 1859 employé en France pour un appareil à coxalgie. C'est M. Mathieu qui s'en est servi pour un appareil qu'il construisait pour un malade soigné par MM. Ch. Bernard et Bouvier.

M. **Bouvier**. Je suis bien aise que M. Giraldès ait constaté que j'avais rectifié dans ma note quelques erreurs qui m'étaient échappées pendant l'improvisation. Jo suis tout aussi disposé à me laisser convaincre en ce qui touche à l'appareil de M. Hilton. Je le répète, la question de priorité ne saurait me préoccuper, j'ai déclaré dès le

principe que j'étais heureux de me trouver en conformité de vues et d'opinion avec **M.** Hilton à propos d'un appareil que je crois appelé à rendre de véritables services.

Mais je n'accepte pas la réclamation de M. Mathieu que M. Giraldès a rappelée ; son appareil est en cuir moulé, mais composé de plusieurs pièces. Celui de M. Hilton et le mien sont d'un seul morceau, c'est là un principe essentiel.

Je veux surtout me défendre d'avoir critiqué M. Hilton. Je n'ai pas dit que son ouvrage fût un décalque de celui de David. J'ai dit au contraire qu'il devait lui être inconnu.

Y avait-il inconvénient à rapprocher l'œuvre modeste du chirurgien de Rouen des études approfondies de M. Hilton? Je me crois en droit de maintenir que les deux auteurs sont arrivés à la même conclusion pratique. Il est vraiment intéressant de montrer dans un ouvrage ancien la formule du principe moderne pour le traitement des affections articulaires.

David n'a pas fait de monographie, cela est vrai, mais il s'occupe de la coxalgie dans le corps de son mémoire et dans les notes qu'il y a annexées.

M. GIRALDÈS. Je ne voudrais pas que l'on crût que j'ai voulu amoindrir l'ouvrage de David. Il n'y a que deux observations et incidemment quelques notes relatives aux affections de l'articulation coxo-fémorale. David parle beaucoup des caries articulaires, du mal de Pott, de la nécessité de ne pas ouvrir les abcès par congestion, mais ne pose pas en précepte l'immobilité comme méthode de traitement des affections articulaires.

Cet ouvrage ne ressemble pas plus à celui de M. Hilton que la médecine opératoire de M. Velpeau à celle de Dionis.

M. LEFORT. Il est un point surtout bien étudié par Hilton, ce sont les douleurs articulaires. Il a cherché à bien montrer comment elles se produisaient.

DISCUSSION.

Hygiène des Maternités.

M. TARNIER. Messieurs, en mettant la question des maternités à l'ordre du jour, la Société de Chirurgie ne fait que poursuivre une œuvre déjà commencée par elle : personne, en effet, n'a oublié le retentissement mérité de cette discussion, où vous avez cherché et établi les règles applicables à la salubrité des hôpitaux généraux. L'hygiène des maternités n'est, en réalité, que le complément de votre première enquête; elle en est le corollaire obligé.

La fièvre puerpérale, vous le savez, frappe chaque année une quan-

tité considérable de femmes en couches; il faut en enregistrer le nombre pour servir d'enseignement; mais aucun médecin, aucun administrateur, aucun pays ne doit être accusé en particulier. Partout le mal est le même; dans le monde entier les hôpitaux de toutes les grandes villes sont ravagés par le même fléau. L'importance du débat qui vous est soumis est donc universelle, et votre jugement sera aussi vrai pour Paris ou Londres que pour Berlin, Vienne et Saint-Pétersbourg. Nous sommes en mesure, je crois, d'indiquer, au moins en partie, la cause du mal et les moyens d'y remédier, car nous possédons actuellement de très-nombreux travaux sur la mortalité des nouvelles accouchées, et ce n'est pas en vain, je l'espère, que nous poursuivrons le but que nous nous proposons d'atteindre. L'opportunité de cette discussion ne saurait donc être mise en doute. Tout le monde est animé du même zèle, et pendant que les médecins démontrent la cause d'une aussi grande mortalité, le directeur de l'assistance publique se dispose à ne reculer devant aucune mesure capable d'amoindrir la fréquence des maladies puerpérales; c'est donc un devoir pour nous de dire la vérité, quelque triste qu'elle soit.

Notre tâche est d'ailleurs simplifiée par l'étude déjà faite par vous sur l'hygiène hospitalière. Il est inutile de revenir à une discussion générale pour répéter ce qui est dit dans nos bulletins de l'année 1864. Une maternité doit être construite suivant les mêmes règles qu'un autre hôpital : même situation, en un lieu salubre, aéré et sur un vaste emplacement; même orientation, même nombre d'étages, même nombre de lits pour un espace donné. Peut-être convient-il cependant de faire remarquer qu'une nouvelle accouchée a besoin d'un plus grand nombre de mètres cubes d'air que tout autre malade en raison de l'odeur qui s'échappe des lochies. On n'oubliera pas davantage que l'enfant nouveau-né est placé près de sa mère, et qu'il contribue pour sa part à la viciation de l'air. Quant à la ventilation, je répéterai, après bien d'autres, que la ventilation dite naturelle est la meilleure. Je n'irai pas plus loin dans cette revue des conditions hygiéniques applicables aux hôpitaux, et j'aborderai plus directement mon sujet : *Y a-t-il des règles particulières à observer pour la construction et l'aménagement d'une maternité?* Je n'hésite pas à répondre par l'affirmative, parce qu'une maternité est un hôpital spécial réservé à des maladies spéciales. Pour traiter convenablement ce point particulier de mon argumentation, j'examinerai successivement les trois questions suivantes : 1° Quelle est la mortalité des femmes en couches? 2° Quelles sont les causes de cette mortalité? 3° Quelle doit en être la prophylaxie?

1° *Mortalité des femmes en couches.* — Depuis longtemps la

mortalité des femmes en couches a préoccupé les médecins. On connaissait le mal sans savoir au juste quelles étaient son étendue et sa gravité. Tenon combla en partie cette lacune et fit voir dans quelle proportion les décès des nouvelles accouchées entraient dans la mortalité générale. Cet auteur déplorait le triste état où étaient placées, de son temps, les femmes en couches, et montrait qu'il en mourait une sur quinze. L'exactitude de ses recherches constituait un véritable progrès; mais une partie de la vérité resta dans l'ombre parce qu'on n'eut pas l'idée de comparer la mortalité de la ville et celle de l'hôpital. On savait d'ailleurs que les maladies puerpérales se développaient par épidémie, et on en concluait que, si la mortalité était effroyable à l'hôpital, elle devait être, sans aucun doute, très-grande en ville. J'étais imbu de ces idées quand j'eus l'occasion d'observer une effroyable mortalité qui éclata en 1856, à la Maternité, pendant que j'y étais interne. Sur 2,239 accouchements il y eut 132 décès, soit 1 décès sur 19,62 accouchements. Dans le mois de mai seulement il y eut 32 accouchements et 31 décès. La gravité de l'épidémie était d'ailleurs aussi grande à l'hôpital des Cliniques et à Cochin, malgré la médication par le sulfate de quinine, qui avait été instituée dans ce dernier hôpital par M. Bean. De pareils désastres étaient bien faits pour faire réfléchir; j'interrogeai mes maîtres, et partout on me répondit que la mortalité était aussi grande en ville qu'à l'hôpital, et que, si la mortalité y était moins apparente, cela tenait, me disait-on, à ce que les cas de mort causés par la fièvre puerpérale y étaient masqués et comme perdus au milieu de la mortalité générale, et souvent, ajoutait-on, le rapport des médecins vérificateurs des décès, mal renseignés, devait contenir de fausses indications sur la cause véritable de la mort.

Toutes ces allégations manquaient de démonstration scientifique, et je résolus de dresser une statistique où je comparerais la mortalité de la ville et celle de l'hôpital. M. Delpech, dont j'étais l'interne, voulut bien m'aider et me fit ouvrir les portes de la mairie du 5e arrondissement (ancien 12e), où je pus m'installer pendant tout le temps que durèrent mes recherches. Pour obtenir un résultat aussi exact que possible, je feuilletais le registre de décès de l'année 1856, acte par acte, et chaque fois qu'une femme était morte de 15 à 50 ans, je me demandais si elle n'était pas morte à la suite d'un accouchement. Pour le vérifier, je recherchais aussitôt dans le registre des naissances, soit à son nom, soit à celui de son mari, si elle était accouchée dans le mois qui avait précédé sa mort, et j'ai considéré comme morte de maladie puerpérale chaque femme qui s'est trouvée dans cette condition ; cette manière de procéder n'a donc pu que grossir le chiffre

de la mortalité et nullement le diminuer. La clientèle civile me donna ainsi 3,222 accouchements et 14 décès seulement. Encore je dois ajouter que, sur ces 14 décès, quatre femmes étaient mortes, il est vrai, chez elles, mais après avoir été accouchées à la Maternité, d'où elles étaient sorties malades. La mortalité de la ville n'était donc que de 10 sur 3,222 accouchements, ou de 1 sur 322, tandis qu'à la Maternité, pour la même année, elle était de 1 sur 19. J'avais en outre à ma disposition une autre statistique qui prouvait que, sur 712 accouchements faits par les soins du Bureau de bienfaisance, cinq femmes seulement avaient succombé, soit 1 sur 142,40. Je pouvais donc affirmer, preuves en main, que la mortalité de l'année 1856 avait été 17 fois plus considérable à l'hôpital qu'à domicile. Toutes ces recherches ont été publiées en 1857 dans ma thèse inaugurale (Paris. Avril 1857). Elles établissent la proportion suivante dans la mortalité des nouvelles accouchées :

Maternité..............	1 sur 19,62.
Clientèle de la ville......	1 sur 322,20.
Bureau de bienfaisance...	1 sur 142,40.

Personne ne s'attendait à un résultat pareil, et, le premier, j'en fus singulièrement étonné. Quelques médecins, difficiles à convaincre, élevèrent même des doutes sur cette statistique. M. Velpeau pria M. Trébuchet de faire de nouvelles recherches sur ce sujet; ce nouveau travail montrait bientôt que, dans toute la ville de Paris, il meurt 4 accouchées sur 1,000 dans la clientèle civile.

Il était désormais prouvé que la mortalité de l'hôpital est hors de toute proportion avec celle de la ville. Je crois avoir été le premier à en donner la démonstration, et je réclame la priorité parce que ces recherches n'ont pas été sans importance et qu'elles sont d'ailleurs le point de départ de nouvelles investigations qui amèneront un jour ou l'autre une réforme radicale dans l'hygiène de nos hôpitaux. Je m'étonne donc que M. Lefort n'ait pas cité ma thèse dans son livre et qu'il ne parle que de mon mémoire de 1858 (*De la fièvre puerpérale.* Paris, 1858, in-8°). Mon collègue m'accorde encore, il est vrai, la priorité sur les travaux publiés à l'étranger, mais cette citation, faite en passant, ne l'a pas empêché d'écrire un passage que je lui demande la permission de lire en entier. J'aurai si souvent l'occasion de parler avec éloges du livre de M. Lefort que je puis bien me permettre de commencer par une critique. « Moins heureux, dit M. Le« fort, que pour les maternités étrangères, nous ne pourrions tracer « aujourd'hui, faute de documents scientifiques, l'histoire médicale « de la Maternité. Ce n'est pas toutefois que plusieurs travaux im-

« portants ne soient sortis de l'École d'accouchements de Paris, et « plusieurs épidémies ont eu leurs historiens; mais ces derniers se « sont presque toujours bornés à faire l'histoire anatomique ou sympto- « matologique de la fièvre puerpérale, quelquefois à vanter telle mé- « thode thérapeutique de préférence à telle autre (en réalité aussi « impuissante), sans examiner la question si importante de l'étiologie « et sans nous fournir d'éléments statistiques suffisants pour le « chiffre de la mortalité par fièvre puerpérale. » (Lefort. Paris 1866. Pages 226 et 227).

Je réclame contre cette appréciation qui n'est ni juste ni vraie, et je pourrais citer, avant mes recherches personnelles, la thèse d'un ancien interne de la Maternité, M. Lasserre, qui contient nombre de faits intéressants sur l'étiologie de la fièvre puerpérale.

Je disais, il y a quelques instants, que la comparaison de la mortalité de la ville et de l'hôpital avait été le point de départ de nombreux travaux. En 1858, Barnes fit en effet pour Londres ce que j'avais fait pour Paris, et comme moi il trouva que la mortalité était effroyablement plus considérable à l'hôpital ; comme moi aussi, il trouva quelques incrédules quand parut son premier mémoire. En 1860, Crédé, à Leipsig, entreprenait un travail analogue et arrivait au même résultat. En 1862, M. Husson (*Étude sur les hôpitaux de Paris*) nous fait connaître la mortalité des femmes en couches dans tous les hôpitaux de Paris de l'année 1802 à l'année 1862. Nous ne trouvons pas, il est vrai, dans son livre, la mortalité de la ville, mais quand on connaît la clef de cette comparaison, le chiffre des décès dans les hôpitaux suffit, et les recherches de M. Husson nous fournissent ainsi des documents extrêmement importants. Voici ces chiffres (Husson, *Étude sur les hôpitaux*, page 253) :

Maternité.....	160,704	accouch.	8,124	décès	= 5,6 0/0	= 1 s. 19.
Cliniques.....	24,295	—	1,143	—	= 4,7 0/0	= 1 s. 21,2.
Hôtel-Dieu....	25,314	—	831	—	= 3,2 0/0	= 1 s. 30,4.
Saint-Louis ...	19,038	—	780	—	= 4, 0/0	= 1 s. 24,7.
Saint-Antoine.	5,204	—	349	—	= 6,7 0/0	= 1 s. 14,8.
Lariboisière...	5,022	—	395	—	= 7,86 0/0	= 1 s. 12,7.

La mortalité est donc de 1 sur 19 à la Maternité, de 1 sur 21 à l'Hôpital des cliniques, de 1 sur 30 seulement à l'Hôtel-Dieu, qu'on a tant décrié. A l'hôpital Saint-Louis, la mortalité est de 1 sur 24 (de l'année 1808 à l'année 1862). Je m'arrête sur ces chiffres, parce que j'ai souvent entendu dire que l'hôpital Saint-Louis était un modèle, et que dans ses anciennes salles on ne voyait que de loin en loin mourir une femme en couches. Que de fois j'ai entendu médecins et

chirurgiens des hôpitaux affirmer ces résultats satisfaisants en toute conscience, et les expliquer de telle ou telle façon! Peine perdue! la vérité est que la mortalité est presque aussi grande à Saint-Louis qu'aux Cliniques, et plus considérable qu'à l'Hôtel-Dieu. Les deux hôpitaux les plus maltraités sont Saint-Antoine et Lariboisière : dans le premier, la mortalité des nouvelles accouchées est de 1 sur 14, et de 1 sur 12 dans le second, malgré le luxe qui les entoure.

Après le travail de M. Husson parut, en 1863, le Mémoire de Hugenberger, qui fait pour Saint-Pétersbourg la comparaison de la mortalité de la ville et de l'hôpital. Les recherches entreprises en France se trouvèrent ainsi confirmées en Russie. En 1864, Späth et Braun arrivèrent aux mêmes résultats pour la ville de Vienne.

Tant de travaux ne pouvaient pas passer inaperçus, et en 1864 le Comité consultatif d'hygiène chargea M. Malgaigne de faire un rapport sur la mortalité des femmes en couches. Ce rapport fut publié dans le *Bulletin officiel* du ministère de l'intérieur (Paris, 1864). On y trouve des documents extrêmement précieux. M. Husson, qui faisait partie de la Commission dont M. Malgaigne était le rapporteur, voulut bien faire dresser une statistique qui comprend tous les accouchements de Paris pour les années 1861 et 1862, et met en regard le nombre des accouchements et celui des décès : 1° dans les hôpitaux ; 2° dans les bureaux de bienfaisance; 3° en ville, en dehors des bureaux. Voici cette statistique :

1861 :

Dans les hôpitaux......	7,226 accouch.	693 décès	= 1 sur	10,42
Bureaux de bienfaisance.	6,212 ——	32 —	= 1 sur	194,12
En ville..............	44,481 ——	262 —	= 1 sur	169,80

1862 :

Dans les hôpitaux......	6,971 accouch.	476 décès	= 1 sur	14,64
Bureaux de bienfaisance.	6,422 ——	39 —	= 1 sur	164,66
En ville..............	42,796 ——	226 —	= 1 sur	160,88

En groupant ces chiffres, on trouve, pour l'ensemble des deux années :

Dans les hôpitaux.........	14,197 accouch.	1,169 décès.
En ville et dans les bureaux.	99,911 ——	559 —

Si la mortalité n'avait pas été plus forte dans les hôpitaux que dans la ville, on y aurait compté à peine 80 décès au lieu de 1,169. Mille quatre-vingt-dix femmes en deux années, ou cinq cents qua-

rante-cinq par an, frappées de mort à l'hôpital, et qui probablement auraient été épargnées si elles avaient pu accoucher en ville!

Je sais bien que l'administration a été émue par ces chiffres; aussi dit-elle bien haut que les années 1861 et 1862 ont été exceptionnellement meurtrières, et qu'il ne faut pas les prendre pour point de comparaison. Prenons donc les deux années suivantes, c'est-à-dire 1863 et 1864, et nous trouverons :

1863 :

A l'hôpital................	7,350 accouch.	499 décès	= 1 sur	15
Bureaux de bienfaisance....	6,839 ——	24 —	= 1 sur	284

1864 :

A l'hôpital................	7,166 accouch.	578 décès	= 1 sur	12
Bureaux de bienfaisance....	6,953 ——	52 —	= 1 sur	133

Les résultats, on le voit, ne sont pas plus favorables pour les années 1863 et 1864 que pour les deux années précédentes; il faut s'incliner devant eux, et reconnaître que malheureusement ils ne varient guère.

Le rapport de M. Malgaigne contient en outre une statistique dressée par M. de Lurieu pour les hôpitaux des départements, où nous trouvons la preuve qu'en province, comme à Paris, la mortalité des maternités est relativement considérable.

Dans les hôpitaux de Lyon on compte 1 décès sur 43 accouchements.

Bordeaux, Lille, Reims, Strasbourg, Grenoble, Saint-Étienne, donnent pour leurs hôpitaux 1 décès sur 19.

Toulouse, Bourg, Troyes, Marseille, Châteauroux, Amiens, Colmar, Nantes, Nancy, Orléans, donnent 1 décès sur 37.

Laon, Versailles, Caen, Limoges, Tours, Blois, Dijon, Chambéry, Nîmes, Bar-le-Duc, Poitiers, Brest, Périgueux, Meaux, Angoulême, Arras, Moulins, Châlons-sur-Marne, Avignon, Montpellier, Metz, Le Mans, Perpignan, Mâcon donnent 1 décès sur 38.

Beauvais, Chartres, Évreux, Lons-le-Saunier, Valence, Romans, Aix, Mulhouse, Albi, Verdun, Douai, Ajaccio, Vesoul, Provins, Saint-Quentin, Alençon, Niort, Nevers, Cherbourg, Draguignan, donnent 1 décès sur 78.

Nous étions, vous le voyez, déjà riches en statistiques importantes quand il y a quelques semaines à peine, parut le livre de M. Lefort (*Des Maternités*, Paris 1866). Le travail de notre collègue est incontestablement le plus complet de tous; M. Lefort y a ajouté un mérite particulier en visitant un grand nombre d'hôpitaux étrangers et c'est

sur place qu'il a recueilli bon nombre de renseignements qu'il publie aujourd'hui. Son livre sera donc favorablement apprécié dans tous les pays et on devra le consulter chaque fois qu'on voudra étudier l'hygiène des maternités. Au point de vue qui nous occupe en ce moment, qu'a fait M. Lefort? Il a additionné ma statistique, celles de Barnes, Crédé, Husson, Hugenberger, Späth, Braun, Malgaigne, de Lurieu; il y a ajouté celles d'un grand nombre d'autres pays: Prague, Munich, Gœttingue, Berlin, Francfort, Pesth, Moscou, Dublin, etc., et il arrive ainsi au chiffre énorme de 1,813,093 accouchements qui sont répartis de la manière suivante :

A l'hôpital : 888,312 accouchements, 30,594 décès, soit 1 mort sur 29.

En ville : 934,781 accouchements, 4,405 décès, soit 1 mort sur 212. La même statistique semble prouver qu'on meurt moins à Londres qu'à Paris, moins à Paris qu'à Munich et à Saint-Pétersbourg.

Ces chiffres expriment-ils une vérité qui soit indistinctement applicable à toutes les villes? Il est permis d'en douter, parce que M. Lefort a réuni dans sa statistique un grand nombre d'hôpitaux dont la population est tantôt considérable comme dans les grandes villes et tantôt très-petite comme dans la plupart des provinces de la France et de l'étranger. Cette différence dans la population des maternités est presque constamment suivie par une différence semblable dans la mortalité, qui devient proportionnellement plus grande ou plus faible suivant que les nouvelles accouchées sont agglomérées en plus ou moins grand nombre. Il ne faudrait donc pas prendre les chiffres de M. Lefort en bloc, pour les comparer avec ce qui se passe à Paris.

Je doute, d'un autre côté, que les statistiques recueillies à l'étranger pour la clientèle civile soient aussi complètes que celle de Paris et recueillies avec autant de soin. Ce serait là une nouvelle cause d'erreur.

Quoi qu'il en soit, malgré ces critiques qui s'adressent non pas à l'auteur mais à la nature même du travail qu'il avait entrepris, il ressort des recherches de M. Lefort que la mortalité des femmes en ouches dans les hôpitaux est hors de toute proportion avec ce qu'elle est en ville.

Ma première statistique portait sur 6000 accouchements environ, et avec d'aussi faibles ressources j'étais arrivé, il y a dix ans, à la même conclusion, à la même démonstration que M. Lefort qui a mis en œuvre une statistique de deux millions d'accouchements. J'avoue que ce n'est pas sans un certain plaisir que je constate cet accord, car j'y trouve la preuve que mon premier travail avait exprimé la vérité.

Avant d'en finir avec ces statistiques déjà très-longues à entendre, je voudrais bien pouvoir établir quelle est la mortalité des femmes en couches dans les villages et dans les hameaux. Mais ici les matériaux me manquent à peu près complétement; je fais donc appel à tous ceux qui pourront combler cette lacune. Je crois cependant, si j'en juge par quelques renseignements, qu'on ne meurt pas moins dans les villages que dans les villes. On trouve, en effet, dans Tenon, une note où se trouve relatée la mortalité des femmes en couches dans quarante villages de Prusse, de l'année 1774 à l'année 1776. Pendant ce temps, on y compta 1 mort pour 80 naissances. Je puis encore prendre un autre exemple, celui de mon village où il se fait environ trente accouchements par an d'une manière à peu près régulière. Cela ferait un total de 300 accouchements pour ces dix dernières années ; or, pendant le même laps de temps, je puis assurer que deux femmes en couches y sont mortes de péritonite puerpérale ; soit 1 décès sur 150 accouchements. Si je m'en tenais à ces chiffres, je dirais que la mortalité est aussi grande dans les villages qu'à Paris ; mais pareille conclusion serait prématurée.

Je termine ici ce long exposé que je résumerai ainsi : il est parfaitement démontré que les maladies puerpérales font périr chaque année des milliers de femmes en couches, et on reste certainement au-dessous de la vérité en disant que cette mortalité est au moins huit fois plus considérable à l'hôpital qu'en ville.

M. LÉON LEFORT. Je serais désolé que M. Tarnier pût voir, même à tort, un déni de justice dans la phrase qu'il a citée. J'ai insisté dans les premières pages de mon livre sur la part importante qui revient à notre collègue dans la démonstration de la différence qui existe entre la mortalité des maternités et celle de la ville. Je ne me suis pas contenté d'une citation ; j'ai donné, en les lui rapportant, comme ce n'était du reste qu'un devoir, les chiffres rassemblés par lui en 1858.

Dans une autre partie de mon travail, je manifeste le regret de n'avoir pu trouver en France les éléments d'une histoire médicale de la Maternité de Paris, et je regrette d'avoir trop raison sur ce point. J'avais pu, grâce aux publications faites pour Vienne par Späth et Braun, pour Prague par Naumann, pour Saint-Pétersbourg par Hugenberger, pour Moscou par la direction médicale et administrative, pour Dublin par Sinclair et Johnson, résumer l'histoire médicale, la succession des épidémies, de ces divers établissements. Pour Paris, je n'ai rien trouvé, et il n'y a rien de semblable. M. Tarnier nous a donné l'histoire d'une année de la Maternité ; plusieurs de nos collègues d'internat en ont fait autant ; mais on peut à peine sur cinquante

années refaire l'histoire de cinq ou six années, séparées par des intervalles plus ou moins longs.

Pour ce qui concerne la statistique, j'ajoute : qu'en Russie, les observations des malades des hôpitaux, observations rédigées en latin, sont en général appendues aux lits des malades. En ville, chaque médecin inscrit sur un registre à souche les noms des malades qui viennent à mourir dans sa clientèle, et cette feuille est envoyée au médecin d'arrondissement chargé de les centraliser.

En Allemagne, en Angleterre, les observations sont prises avec une rigueur que nous ne connaissons malheureusement pas en France.

M. TARNIER. J'en demande pardon à M. Lefort, mais de ce que chaque médecin a ce registre mortuaire, il ne s'ensuit pas que l'on puisse exactement connaître le nombre des accouchements de la ville.

M. LEFORT. Je ne comprends pas bien l'objection. Les déclarations de naissances, les déclarations de décès sont, comme nombre, exactes dans tous les pays, puisque c'est la constatation de l'état civil qui commence ou qui finit pour l'individu. Ce qu'il importe pour nous, c'est que le décès d'une femme en couches soit ou puisse être rapporté à sa véritable cause. Or, en France, une femme meurt vingt jours après son accouchement, d'une pneumonie puerpérale; le médecin vérificateur des décès qui n'a pas soigné le malade, porte sur sa déclaration : pneumonie. En Angleterre, depuis ces dernières années, en Russie depuis longtemps, la déclaration de décès est faite par le médecin traitant lui-même; de là, je le répète, une rigueur dans la statistique qui peut ne pas être absolue, mais qui est de beaucoup supérieure à ce qui existe à Paris.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 28 MARS 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. Giraldès offre, de la part de M. le professeur Sédillot, de Stras-

bourg, la troisième édition de son *Traité de médecine opératoire.*

— M. Larrey fait hommage à la Société d'un ouvrage ayant pour titre : *Essai sur la médecine et la chirurgie militaire*, publié par le docteur William, A. Hammond, chirurgien en chef de l'armée américaine.

— M. A. Guérin fait hommage, de la part de M. le docteur Duménil, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, de son mémoire sur les paralysies périphériques et spécialement de la névrite, et d'un travail sur le traitement chirurgical de quelques anévrysmes.

— M. le docteur Gouguenheim adresse, pour le prix Duval, deux exemplaires de sa thèse sur les tumeurs anévrysmales des artères du cerveau.

La Société reçoit :

Le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique ;*

La *Gazette des Hôpitaux ;*

L'*Union médicale ;*

La *Gazette hebdomadaire ;*

Le Bulletin médical du nord de la France ;

Le *Mouvement médical ;*

L'Art dentaire.

RAPPORT.

Décollement de l'épiphyse inférieure du fémur.

M. DOLBEAU fait un rapport verbal sur une observation recueillie à l'hôpital Saint-Pierre de la Martinique, par M. le docteur Rouçon, ex-chirurgien de la marine, et conclut en demandant la publication de l'observation dans le *Bulletin.*

La conclusion est adoptée.

Le nommé Jules A..., enfant de douze ans, reçoit sur la partie inférieure de la cuisse gauche, un ballot de cordages lâché d'un second étage : il est renversé et ne peut se relever. Conduit chez lui, des soins lui sont incomplétement donnés ; enfin, trois jours après, il est mené à l'hôpital, à six heures du soir. Application provisoire de compresses résolutives, pour procéder le lendemain, 3 mars 1852, à une observation attentive.

Le membre était gonflé dans toute son étendue : on sentait à la partie externe une saillie osseuse qui soulevait la peau et pouvait au premier moment la perforer. Dans le creux du jarret se sentait aussi une portion d'os qui comprimait les vaisseaux poplités.

Qu'avions-nous devant nous ?... Était-ce une luxation ? Mais l'on sentait sur la même ligne le condyle du fémur et la tubérosité articu-

laire du tibia. Était-ce la tête du péroné qui faisait saillie à la partie externe et supérieure de la jambe? On pensait aussi à une fracture intercondylienne: on admettait tout, excepté ce que les faits vinrent éclaircir.

Trois petites escharres occupaient déjà le creux du jarret; la fièvre était modérée, l'état des voies digestives bon... Réduction impossible. Irrigations froides continues, dans l'espoir bien vague d'arrêter ou au moins de modérer le développement des accidents inflammatoires.

Le 8 mars, le facies du malade s'altérait, le pouls augmentait de fréquence; l'escharre supérieure s'était détachée et laissait couler une sérosité sanieuse de mauvaise nature.

L'amputation fut décidée et pratiquée le lendemain, 9 mars, à la partie moyenne de la cuisse, par le chef de service, M. le docteur Mesnard, médecin de première classe de la marine.

Autopsie de l'os séparé. — Les parties molles sont contusionnées, meurtries, déchirées; des ecchymoses occupent les divers faisceaux de fibres, et un pus sanieux s'écoule des incisions.

L'articulation fémoro-tibiale est intacte; seulement, la cavité synoviale renferme 150 grammes de sérosité sanguinolente.

La solution de continuité a lieu au niveau de l'épiphyse qui conserve le cartilage, dépourvu d'arêtes osseuses. On dirait deux calottes hémisphériques concaves et tapissées dans leur creux d'un caillot sanguin. Cette portion épiphysaire joue très-bien sur les tubérosités tibiales et devait, par sa mobilité et son mouvement de bascule, rendre presque impossible le maintien de la réduction, de même qu'il était difficile de faire franchir au fragment supérieur le rebord saillant et de le faire tomber dans la cavité épiphysaire.

C'était le condyle externe qui faisait saillie au dehors; c'était la saillie du condyle interne qui se sentait au creux poplité.

DISCUSSION.

Hygiène des Maternités.

M. TARNIER. Messieurs, dans la dernière séance j'ai montré, preuves en main, que la mortalité des femmes en couches est beaucoup plus considérable dans les Maternités que dans la clientèle particulière. Je suis donc en mesure d'aborder immédiatement le deuxième point du programme que je me suis tracé, en recherchant les causes de cette mortalité.

2° *Quelles sont les causes de la mortalité des femmes en couches?*

La cause la plus fréquente de la mort des nouvelles accouchées est incontestablement la fièvre puerpérale, qu'on décrit encore sous les

noms divers de péritonite, de métro-péritonite, de phlébite utérine. Peu importe d'ailleurs le nom que je lui donne ici, car je n'y discute pas la nature de la maladie et chacun de vous comprend quelles sont les affections que je désigne sous le nom de fièvre puerpérale. Des maladies étrangères pour ainsi dire à l'état puerpéral, font périr, il est vrai, quelques nouvelles accouchées, mais la proportion de ces affections est relativement peu considérable. Une simple assertion suffirait, je pense, et probablement personne ne me contredirait, mais j'aime mieux m'appuyer sur des chiffres. En admettant qu'en pareille matière une statistique régulière soit possible, voici ce qu'elle nous apprend :

En 1862, un relevé fait dans la plupart des hôpitaux de Paris, donne les résultats suivants pour les femmes en couches :

Décès par affections puerpérales. . . .	481
Décès par maladies diverses.	85

A ce premier tableau, qui émane de l'administration de l'Assistance publique, M. Le Fort a ajouté un relevé qu'il emprunte à Späth et que je crois également utile de reproduire.

Décès par affections puerpérales. . . .	210
Décès par maladies diverses.	26

Ces deux statistiques réunies prouvent que le rapport des maladies de toute espèce est aux maladies puerpérales dans la proportion de 1 à 6.

Examinons maintenant quelles sont les causes des maladies puerpérales, ou si l'on veut, de la fièvre puerpérale. Ces causes sont assurément multiples, difficiles à bien apprécier dans leur ensemble ; il importe cependant de trouver les plus communes et par conséquent les plus dangereuses. On a tour à tour invoqué les saisons, la primiparité, la longueur du travail et les difficultés de l'accouchement. Je ne mentionne ainsi que les questions principales de cette étiologie, qui a été fort bien étudiée par M. Lasserre ; j'ai fait autrefois de nombreux emprunts à la thèse de cet auteur, et plus récemment, M. Le Fort la prenait comme modèle. Je passerai donc rapidement sur des faits bien connus, sans m'arrêter aux détails.

Saisons. — Tous les mois de l'année ont présenté des épidémies ; elles ont éclaté pendant toutes les températures, au milieu de toutes les conditions hygrométriques et atmosphériques. Suivant M. Lasserre, le relevé des épidémies qui ont sévi à la Maternité de Paris pendant douze années consécutives, de 1830 à 1841, montre qu'aucune saison ne met à l'abri de la fièvre puerpérale. Dans le même laps de temps,

les six mois froids de l'année ont fourni une mortalité de 868 décès sur 18,108 accouchements; soit 1 sur 20. Les six mois chauds, sur 15,956 accouchements, ont donné 455 décès, soit 1 sur 34. Des recherches analogues faites par M. Hervieux, répétées par M. Le Fort, il résulte bien évidemment que la mortalité des nouvelles accouchées est plus considérable pendant les saisons froides et qu'elle s'affaiblit dans les mois les plus chauds. Cette différence tient, je crois, moins à la température qu'au renouvellement de l'air qui se fait plus difficilement en hiver qu'en été.

Primiparité. — C'est un fait bien connu aujourd'hui, que les femmes primipares sont plus exposées que les multipares à la fièvre puerpérale. M. Lasserre, sur 1,025 primipares, a vu 66 décès, et sur 1,314 multipares, 21 décès seulement. Les recherches de M. Botrel, de M. Charrier, les miennes, celles de M. Le Fort, confirment la même remarque.

Accouchements difficiles. — Les accouchements longs, difficiles, ceux qui réclament une intervention chirurgicale, sont certainement plus souvent suivis de péritonite mortelle que les accouchements naturels, tout le monde est d'accord à ce sujet; on peut donc se demander si la mortalité plus grande des hôpitaux ne tient pas en partie à ce que les cas difficiles viennent s'y accumuler, tandis que les accouchements naturels se font dans la ville. A cela il faut répondre que, même dans une Maternité, les opérations sont relativement rares et que leur gravité n'a qu'une très-faible influence sur la mortalité générale. M. Le Fort l'a nettement indiqué avec une statistique empruntée aux hôpitaux de Vienne. Ne voyons-nous pas d'ailleurs, à Paris, que les hôpitaux les plus malheureux ne sont pas ceux où sont dirigés de préférence les accouchements difficiles? Un seul hôpital fait peut-être exception; je veux parler de la Clinique, où de tous les quartiers de Paris on amène des femmes qui ont déjà subi chez elles des opérations restées sans résultat, et M. Depaul est obligé de terminer l'accouchement au milieu de conditions qui avaient souvent compromis par la vie de la femme. La mortalité de l'hôpital des Cliniques est donc grossie par les accouchements qui viennent de l'extérieur, et malgré cela, elle y est encore bien moins considérable qu'à Saint-Antoine et à Lariboisière, qui n'attirent cependant qu'un nombre très-restreint d'accouchements difficiles.

Jusqu'ici rien ne nous a révélé la cause de la différence de la mortalité dans la ville et dans les hôpitaux. Tiendrait-elle par hasard à la détresse physique et aux conditions morales dans lesquelles vivent les femmes qui cherchent un refuge dans les Maternités?

Détresse physique. — Sans aucun doute la population des hôpi-

taux se recrute dans une classe misérable, mal logée, mal nourrie, épuisée depuis longtemps, qui doit par conséquent mal résister aux maladies. C'est évidemment là un fait général. Mais ces conditions déplorables se retrouvent au plus haut degré dans les bureaux de bienfaisance, où les accouchements donnent cependant des résultats extrêmement satisfaisants. D'ailleurs, la même population accouche quelquefois très-heureusement dans un hôpital où ne règne pas la fièvre puerpérale, pendant qu'elle est décimée là où sévit la maladie. Sans que la misère diminue, la santé peut être partout excellente; sans qu'elle augmente, la mortalité devient parfois effroyable. J'accorde volontiers que la misère est une cause adjuvante des maladies puerpérales, mais à elle seule elle n'engendre pas la mort.

Détresse morale. — Un raisonnement analogue peut être fait pour les conditions morales des femmes enceintes. Quand une femme mariée se rend à l'hôpital, elle regrette, a-t-on dit, de quitter son mari et ses enfants; mais les filles-mères sont bien plus malheureuses encore, parce qu'elles sont tourmentées par le regret de la faute commise, le repentir, la crainte de ne pas pouvoir élever leurs enfants, le désespoir d'être obligées de les abandonner. Au milieu d'un semblable affaissement moral, la mort doit donc faire de bien nombreuses victimes, surtout parmi les filles-mères. La statistique est invoquée et elle répond qu'effectivement les filles-mères succombent en plus grand nombre que les femmes mariées. Ainsi, à Lyon, les services exclusivement réservés aux femmes mariées sont moins éprouvés, moins meurtriers que les services réservés aux filles-mères. Il est vrai que cette séparation amenant forcément des conditions différentes dans l'hygiène générale, la preuve n'est pas complète. Mais à Paris, où les femmes mariées et les filles-mères occupent les mêmes salles, la mortalité est moins grande parmi les premières que parmi les secondes. C'est ce que démontre la statistique suivante dont les éléments, puisés à la Maternité, m'ont été communiqués par l'administration de l'Assistance publique:

1861 :

Femmes mariées.	342 accouch.	29 décès =	8,48 0/0 =	1 s. 11,79.
Filles-mères	1,773 —	219 — =	12,35 0/0 =	1 s. 8,10.

1863 :

Femmes mariées.	404 accouch.	39 décès =	9,65 0/0 =	1 s. 10,36.
Filles-mères	1,602 —	237 — =	14,79 0/0 =	1 s. 6,76.

1865 :

Femmes mariées.	276 accouch.	29 décès =	10,51 0/0 =	1 s. 9,51.
Filles-mères	1,254 —	281 — =	22,41 0/0 =	1 s. 4,46.

Si ces résultats ne sont pas un jour démentis par une statistique plus complète, il est donc démontré que les filles-mères meurent en plus grand nombre que les femmes mariées. C'est là une vérité dangereuse à dire, parce qu'on sera enclin à y attacher trop d'importance et à y trouver la cause irrémédiable de la fièvre puerpérale. Je me hâte donc de rappeler que les décès de femmes mariées sont cependant encore effroyables en nombre : 1 sur 11 en 1861, 1 sur 10 en 1863, 1 sur 9 en 1865. Ces chiffres restent lamentables, quand on les compare à ceux de la ville. Je répéterai enfin qu'à certaines époques les filles-mères guérissent toutes malgré leur mauvais état moral. Faisons donc la part de la détresse morale, mais n'y cherchons pas la cause principale des maladies puerpérales.

Ce que j'ai dit jusqu'ici de l'étiologie n'éclaire pas suffisamment la question, il faut donc trouver d'autres explications plus satisfaisantes.

La fièvre puerpérale est-elle purement sporadique? Mais pourquoi, dans cette hypothèse, la mortalité serait-elle plus grande à l'hôpital qu'en ville.

La fièvre puerpérale est-elle épidémique? L'influence épidémique a été trop souvent invoquée pour que nous ne lui accordions pas quelque importance. Sous l'influence d'une cause inconnue dans sa nature, on voit la fièvre puerpérale sévir avec une intensité et une gravité singulières, soit dans telle ou telle Maternité, dans tel ou tel pays en particulier, soit dans toutes les contrées du globe, comme en 1819, ainsi que l'a dit M. Danyau. On pourrait facilement citer d'autres exemples d'épidémie de fièvre puerpérale ; cependant je dois dire que notre collègue M. Le Fort ne croit pas à ces épidémies qu'il traite de chose imaginaire, et d'un trait de plume il les condamne à rentrer dans le néant. M. Le Fort a été conduit à une opinion aussi radicale par la comparaison de la mortalité dans les différents hôpitaux d'une même ville, Paris et Saint-Pétersbourg par exemple.

Les tracés graphiques de la mortalité pour l'hôpital des Cliniques et la Maternité suivent, d'après M. Le Fort, des courbes tellement différentes, qu'il est impossible de songer à une même influence épidémique. Malgré toute ma bonne volonté je ne puis cependant pas oublier qu'il y a quelques semaines à peine la fièvre puerpérale régnait en même temps à la Clinique, à la Maternité et à Cochin. Je ne suis donc pas aussi convaincu que M. Le Fort, même après avoir attentivement examiné ses tracés graphiques, car les lignes de mortalité, sans être parallèles, s'y rapprochent souvent, puis çà et là montrent tout à coup des écarts singuliers qui semblent nous avertir que l'influence épidémique n'est pas la seule à invoquer dans l'étiologie. Je crois aux épidémies de fièvre puerpérale, mais je déclare bien net qu'elles doivent s'appesan-

tir aussi bien sur la ville que sur l'hôpital. Elles peuvent donc nous expliquer pourquoi certaines années sont si funestes aux femmes en couches, mais elles nous laissent tout à fait ignorer pourquoi la mortalité est plus grande à l'hôpital qu'en ville.

Infection et contagion. — Les maladies puerpérales, quoique épidémiques, peuvent obéir à d'autres influences telles que l'infection et la contagion que je me garderai bien de définir. C'est une discussion de mots que de chercher à séparer l'infection de la contagion lorsque l'empoisonnement est produit par des émanations qui proviennent d'un organisme malade, et qui vont engendrer une maladie semblable à celle qui en a été le foyer primitif. J'adopterais cependant volontiers la manière de voir de M. Hervieux ; selon ce médecin, quand plusieurs accouchées sont réunies dans une même salle, si toutes se portent bien il n'y a pas infection, bien que l'air soit vicié ; mais si l'une d'elles devient malade, un élément toxique nouveau est produit et ce miasme, puisqu'il faut l'appeler par son nom, empoisonne bientôt le milieu dans lequel vivaient les nouvelles accouchées ainsi que le mobilier de la salle, et la maladie se propage aux femmes restées saines jusque-là. L'infection serait donc un empoisonnement de l'air, des objets de literie, des murs, du plafond, du parquet, qui retentirait par contre-coup sur les femmes restées bien portantes.

L'infection ainsi comprise, m'amène à parler de l'encombrement ainsi que des grandes et des petites Maternités. Il est clair en effet que partout où les malades seront agglomérées, l'infection fera des victimes plus nombreuses, et que pour la même raison la mortalité sera plus forte dans les grandes Maternités que dans les petites. Toutes les statistiques sont là pour prouver que la réunion dans un même lieu d'un grand nombre de malades est déplorable au point de vue de l'hygiène.

La contagion serait comme l'infection un empoisonnement transmis d'une malade à une femme saine, mais ici le mode de transmission serait différent. Le poison passerait directement d'une femme à une autre, sans avoir besoin d'être répercuté par les objets environnants ; et je ne vois pas comment on pourrait nier cette transmission directe si l'on admet la transmission par infection, c'est-à-dire par l'intermédiaire de la salle et de son mobilier. Entre les deux, il n'y a pas de différence radicale.

Les miasmes peuvent encore être transportés à une distance plus ou moins considérable par des tiers : médecins, chirurgiens, accoucheurs, sages-femmes, élèves, infirmiers.... C'est là un mode de propagation qu'il est très-intéressant d'étudier ; malheureusement cette contagion médiate n'est pas facile à démontrer dans les hôpitaux, car

chaque fois qu'elle se produit, on se trouve en même temps dans des conditions favorables à l'infection, et il est impossible de faire la part qui revient à chacune d'elles. Il faut donc chercher des exemples probants dans la clientèle particulière où des difficultés d'un autre genre obscurcissent le problème ; je rappellerai cependant deux faits observés et publiés par M. Depaul. Dans ces deux circonstances, M. Depaul ayant fait un accouchement quelques moments après avoir pratiqué une autopsie de femme morte de fièvre puerpérale, des accidents mortels apparurent bientôt chez ces deux accouchées qui succombèrent promptement. On comprend jusqu'à un certain point que dans un cas pareil, l'empoisonnement soit facile, car chacun sait avec quelle persistance l'odeur de l'autopsie imprègne les mains malgré les lavages les mieux faits. De pareils malheurs ont toujours été exceptionnels, et deviendront maintenant impossibles parce que le public médical est prévenu du danger. A propos de ces faits il convient aussi de parler de l'opinion du docteur Arneth et de Semelweis, qui ont pensé que des étudiants quittant un amphithéâtre de dissection pour venir dans une salle d'accouchements pouvaient introduire des matières septiques en pratiquant le toucher et produire ainsi un empoisonnement mortel. Je ne crois pas à ce dernier mode do propagation des maladies puerpérales ; s'il en était ainsi, les Maternités exclusivement réservées aux élèves sages-femmes devraient offrir une mortalité beaucoup moins considérable que celles qui sont affectées aux étudiants, et il n'en est rien. D'un autre côté, si je compare la mortalité relativement faible de l'hôpital des Cliniques où les femmes sont touchées par un grand nombre d'étudiants, à la mortalité plus considérable de l'hôpital Saint-Antoine et Lariboisière où les malades ne sont pas ou sont trop peu touchées, je refuse de croire à l'introduction et à l'absorption des matières septiques au moment du toucher vaginal.

Je reviens au transport de la maladie par le médecin ou la sage-femme ; des faits ont été cités en assez grand nombre par MM. Paul Dubois et Danyau (1) ; ils ont été reproduits par M. Le Fort. Ils semblent d'ailleurs tous calqués sur le même modèle. Toujours on y voit un médecin ou une sage-femme perdre dans sa clientèle plusieurs nouvelles accouchées de suite, pendant que dans les clientèles voisines, faites par d'autres personnes, les accouchements ne sont suivis d'aucun accident. De pareilles remarques ne suffisent pas à un point de vue rigoureusement scientifique ; mais je crois à ces faits pour mon compte personnel, parce qu'une pareille croyance ne peut avoir

(1) *Bulletin de l'Académie,* 1858.

aucun inconvénient, et qu'elle force les médecins à prendre toutes les précautions imaginables contre ce mode de contagion, qui peut être vrai dans quelques circonstances. Ce qu'il faut regretter, c'est qu'une fois sur cette pente on glisse facilement vers l'exagération. Que de fois, par exemple, n'ai-je pas entendu accuser M. Danyau, pendant qu'il était chirurgien en chef de la Maternité, d'emporter avec lui la fièvre puerpérale dans la ville. Or, la vérité est que M. Danyau ne visitait que la salle d'accouchements, mais qu'il ne voyait jamais à l'hôpital une seule femme accouchée, bien portante ou malade, et qu'il ne mettait jamais les pieds à l'amphithéâtre où se pratiquaient les autopsies.

En résumé, la contagion pourrait s'opérer par trois modes différents : 1° Directement de malade à malade ; 2° Par le transport du principe contagieux par un tiers ; 2° Par le fait de l'hôpital qui répercuterait le poison dont il aurait été saturé par les malades. Selon moi, la contagion ainsi comprise, joue un grand rôle dans la mortalité observée dans les hôpitaux, et rend parfaitement bien compte de la différence qui existe entre les décès de la ville et ceux des Maternités. C'est seulement en acceptant ces idées qu'on arrive à une explication satisfaisante de l'étiologie de la fièvre puerpérale. Ne voit-on pas, en effet, qu'en ville la contagion doit être à peu près impossible, puisque les nouvelles accouchées sont forcément séparées les unes des autres, tandis qu'à l'hôpital tout semble fait pour favoriser le développement du principe contagieux.

L'idée de la contagion est depuis longtemps acceptée à l'étranger, ce n'est que plus tard qu'elle a pénétré en France ; elle a cependant été défendue par MM. Danyau et Depaul, en 1858, à propos de la discussion sur la fièvre puerpérale ; j'avais, de mon côté, consacré la plus grande partie de ma thèse inaugurale à la défense de la même opinion. Depuis dix ans la doctrine de la contagion a fait de très-nombreux partisans ; l'évidence des faits avait dissipé le doute, et je crois être dans le vrai en affirmant que depuis un certain temps la propagation des maladies puerpérales par contagion avait rencontré en France beaucoup plus de défenseurs que d'adversaires. C'est donc bien à tort que M. Le Fort nous gourmande à ce sujet et nous reproche de laisser ces idées se développer à l'étranger, y préparer le progrès et de fermer systématiquement les yeux devant la lumière. La cause que M. Le Fort défend aujourd'hui avec ardeur est bonne, sans aucun doute, mais elle était déjà gagnée depuis plusieurs années.

Pour compléter l'étude de l'étiologie, il est curieux et important de rechercher quelles sont les femmes qui, dans le même hôpital, sont les plus exposées à la fièvre puerpérale, quelles sont celles qui doi-

vent, au contraire, échapper, presque à coup sûr, à ce fléau. Plus une femme s'éloigne du moment de son accouchement et plus le danger diminue pour elle. C'est du moins ce qui résulte d'un tableau où j'ai noté l'époque de l'invasion des accidents :

Immédiatement ou peu après l'accouchement..	21 fois.
Un jour après l'accouchement	27 —
Deux jours après	20 —
Trois jours après	11 —
Quatre jours après........................	4 —
Cinq jours après..........................	1 —
Six jours après...........................	0 —
Sept jours après	0 —
Huit jours après..........................	3 —
Après le huitième jour	0 —

Ces recherches ont été faites, il est vrai, pour une seule année; elles montrent néanmoins bien clairement que, le plus souvent, c'est dans les trois premiers jours qui suivent l'accouchement que se déclare la fièvre puerpérale; plus rarement la maladie commence du cinquième au huitième jour; nous ne l'avons jamais vue naître après cette époque. Des exceptions pourront être citées, sans aucun doute, mais je maintiens que le début de la maladie éclate rarement après le huitième jour. Cette remarque sera utilisée quand je parlerai de l'aménagement des Maternités.

Les femmes enceintes opposent de même une très-grande résistance au développement de la fièvre puerpérale. J'ai soutenu jadis l'opinion contraire; mais j'y renonce, et je confesse aujourd'hui mon erreur. J'ai ainsi changé d'avis en 1862; j'avais été convaincu par M. Pajot qui dirigeait alors le service de la Clinique en remplacement de M. Dubois. Une épidémie grave ayant éclaté, M. Pajot, pour diminuer dans la salle le nombre des accouchées y fit placer des femmes enceintes qui se trouvaient ainsi dans le rapport le plus complet avec des femmes malades. Or, pendant que les nouvelles accouchées mouraient en très-grand nombre, pas une femme enceinte ne devint malade. La démonstration me paraît évidente; elle trouvera cependant des contradicteurs, au milieu desquels j'aurai le regret de compter M. Depaul; je sais aussi que M. Hervieux, par exemple, aurait vu bon nombre de femmes enceintes devenir malades avant d'accoucher. Mais jusqu'à ce que ces observations soient publiées je les regarderai comme non avenues. Qu'on m'apporte d'ailleurs, si l'on veut, quelques observations éparses çà et là, et péniblement réunies,

je leur opposerai des centaines et des milliers d'observations de mort chez les nouvelles accouchées. Je persisterai donc à croire à l'immunité presque complète des femmes enceintes.

L'acclimatement ou séjour à l'hôpital pendant un laps de temps plus ou moins considérable, avant l'accouchement, avait paru, d'après quelques recherches, exercer une influence favorable sur la décroissance de la mortalité. M. Lasserre avait attiré l'attention sur ce point et en avait donné le résumé suivant :

Plus de huit jours à l'hôpital.	791 femmes,	18 décès.
Moins de huit jours.	528 —	17 —
Entrées à l'hôpital en travail.	1,020 —	52 —

MM. Botrel et Charrier avaient confirmé les recherches de M. Lasserre; de mon côté, j'étais arrivé à peu près au même résultat. Ainsi, sur 1,868 femmes accouchées dans les dix premiers jours qui ont suivi leur entrée à la Maternité dans l'année 1856, 120 succombèrent, soit 2 sur 20, tandis que sur 351 femmes qui séjournèrent à l'hôpital pendant plus de dix jours, 9 seulement succombèrent, soit 2 sur 76. Je m'étais donc cru autorisé à affirmer que l'acclimatement était favorable aux femmes qui viennent demander un refuge dans les Maternités, et qu'il fallait favoriser autant que possible leur entrée quelques jours avant l'accouchement. C'était là un moyen simple de prophylaxie. Malheureusement, ma statistique était fondée sur un trop petit nombre de chiffres, et M. Hervieux, en voulant vérifier ces résultats, a trouvé qu'ils étaient faux. Il résulte en effet d'un relevé statistique fait à la Maternité sur la demande de M. Hervieux, pour une période de dix ans, que la proportion des femmes mortes après avoir séjourné dans l'hôpital quelque temps avant l'accouchement est notablement supérieure à la proportion des femmes accouchées le jour de leur entrée. Ainsi, sur 21,029 femmes admises à la Maternité de l'année 1855 à l'année 1864 inclusivement, on compte 8,123 femmes accouchées le jour même de leur admission, et 12,906 ayant séjourné dans la maison de deux jours à un mois et plus avant leur accouchement. Or, sur le chiffre de 8,123 il y eut 564 décès, sur le chiffre de 12,906 on relève 1,208 décès, ce qui nous donne une mortalité de 6,82 pour 100 pour les femmes accouchées le jour de leur entrée et de 9,35 pour 100 pour celles qui avaient préalablement séjourné dans la maison.

Pour décider cette question, j'ai demandé à l'administration de l'Assistance publique un nouveau travail qui rend compte du mouvement de la Maternité de l'année 1860 à l'année 1865. On y trouve les chiffres suivants :

Femmes accouchées le jour de leur entrée..............	1187
Décès...	127
Proportion.......... 10,20 0/0.	
Femmes accouch. dans les 8 jours qui ont suivi leur entrée.	4597
Décès...	604
Proportion.......... 13,14 0/0.	
Femmes ayant séjourné plus de huit jours.............	1969
Décès...	254
Proportion.......... 12,90 0/0.	

Il résulterait de ce tableau que la mortalité serait surtout considérable chez les femmes qui accouchent dans les huit jours qui suivent leur admission à l'hôpital; qu'elle diminuerait un peu chez les femmes dont le séjour à l'hôpital avant l'accouchement aurait duré plus de huit jours; qu'elle serait enfin moins considérable encore pour les femmes qui accouchent le jour de leur entrée. J'ai donné les chiffres tels que je les avais, mais après avoir commis une erreur au profit de l'acclimatement, je ne me sens pas la hardiesse de conclure en sens contraire, et je reste dans le doute jusqu'à plus ample information.

Je ne veux pas fatiguer plus longtemps votre attention en agitant de nouvelles questions d'étiologie restées indécises jusqu'ici; la seule vérité démontrée, c'est que la contagion ou l'infection, que je ne veux pas séparer à dessein, est la cause des ravages exercés par la fièvre puerpérale dans les Maternités. Si cette conclusion devait être attaquée, j'en changerais volontiers les termes pour éviter toute controverse, et je dirais, sûr cette fois de ne pas me tromper : c'est l'*hôpital* qui, dans son ensemble, engendre une mortalité excessive ; c'est dans la ville, au contraire, que la mortalité est aussi faible que nous puissions le souhaiter dans les conditions actuelles de la vie humaine.

Le problème se trouve de cette façon singulièrement simplifié. Pour le résoudre il me suffit de dire en quoi les conditions de l'hôpital diffèrent de celles de la ville : à l'hôpital les malades sont réunies en plus ou moins grand nombre dans une même salle, où les accouchées se succèdent sans interruption. Les femmes ainsi agglomérées réagissent d'une manière fâcheuse les unes sur les autres, et les miasmes qui se dégagent ne tardent pas à empoisonner la literie, le parquet, les murs qui deviennent pour ainsi dire malades, à leur tour, aptes par conséquent à perpétuer la maladie.

En ville, au contraire, chaque femme a une chambre isolée et celle-ci ne sert qu'une fois, par hasard, à un accouchement. Ici la nouvelle

accouchée n'a pas de voisine qui puisse être contaminée, et si par malheur elle est atteinte de fièvre puerpérale, c'est là un fait qui reste isolé.

Je suis donc conduit par l'observation et la logique, à expliquer la mortalité des Maternités par deux causes principales : 1° la réunion de plusieurs accouchées dans une même salle; 2° l'occupation successive du même logement et du même lit par plusieurs accouchées. En formulant ainsi ma pensée, il est bien entendu que je veux appeler l'attention sur les points principaux de l'étiologie de la fièvre puerpérale, sans oublier toutefois l'influence secondaire des autres causes précédemment étudiées.

Un dernier point reste à traiter pour terminer cette communication :

3° *Quelle est la prophylaxie applicable aux maladies puerpérales ?*

Avant de proposer aucune règle hygiénique, permettez-moi, Messieurs, de remonter au siècle dernier et d'y constater l'état où se trouvaient les nouvelles accouchées qui demandaient asile dans un hospice. Tenon nous en a laissé une peinture si exacte, que je tiens à citer un passage de son livre. « L'emploi des femmes grosses, dit « Tenon, renferme 67 grands lits et 37 petits; (les grands lits avaient « 4 pieds 4 pouces de largeur; les petits avaient 3 pieds de largeur); « ils étaient occupés, le 12 janvier 1786, par 175 femmes grosses ou « accouchées, et par 16 femmes de service. La situation des nou- « velles accouchées est encore plus déplorable; elles sont de même « deux, trois, quelquefois quatre dans le même lit, les unes à une « époque de leurs couches, les autres à une autre époque. N'est-ce « pas dans ces lits que sont confondues les accouchées saines avec « les malades, avec celles qui sont atteintes de la fièvre puerpérale « qui en fait tant périr ? Quelle santé tiendrait à cette affreuse si- « tuation ? Quelle maladie n'en serait pas accrue ? Enfin qu'on en- « tr'ouvre ces lits de souffrances, il en sort, comme d'un gouffre, des « vapeurs humides, chaudes, qui s'élèvent, se répandent, épaississ- « sent l'air, lui donnent un corps si sensible, que le matin, en hiver, « on le voit s'entrouvrir à mesure qu'on le traverse, et on ne le « traverse point sans un dégoût qu'il est impossible de surmonter. »

La mortalité des femmes en couches placées dans cette situation déplorable, était de 1 sur 15, et vous la voyez encore aujourd'hui, à la Maternité et dans la plupart des hôpitaux atteindre le chiffre de 1 sur 19. Elle est donc presque aussi grande que du temps de Tenon; cependant nos hôpitaux ont été transformés, ont subi de très-nombreuses améliorations; les salles sont belles, vastes, bien aérées, bien

éclairées ; les lits y sont placés en nombre restreint, et depuis longtemps chaque lit ne reçoit qu'une malade. Si malgré tant de progrès, la mortalité reste effrayante, c'est que nos hôpitaux présentent encore un vice fondamental et que le mal n'a pu être attaqué dans sa racine. Les salles actuelles sont belles, il est vrai, mais les nouvelles accouchées y sont réunies en plus ou moins grand nombre, exposées par conséquent à tous les inconvénients inséparables de la vie en commun. La nuit, c'est un bruit continuel causé par les gens de service, par le transport des nouvelles accouchées qui arrivent de la salle d'accouchements, et par-dessus tout, ce sont les cris des enfants nouveau-nés qui éclatent de tous côtés et à tue-tête. Qu'un seul enfant se mette à crier, il est bientôt accompagné par d'autres et toute la salle est éveillée. A quatre heures du matin on commence le nettoyage de la salle; on fait les lits, etc. Il faut avoir entendu soi-même tout ce vacarme pour bien comprendre que le sommeil des femmes est perpétuellement troublé. Ajoutons à cela la terreur causée par les plaintes des malades, par le spectacle de l'agonie et de la mort, et nous comprendrons l'influence désastreuse d'aussi mauvaises conditions. La réunion des accouchées dans une même salle, ou dans des salles qui communiquent les unes avec les autres, expose enfin au danger immédiat de la fièvre puerpérale qui sera transmise par infection ou par contagion. Qu'une seule femme soit malade, et les miasmes qu'elle exhale pourront se répandre dans la salle entière. Il se produit alors ce qui arriverait si un fragment de musc était placé dans une de ces salles : des molécules innombrables, quoique invisibles, y révèleraient bientôt et partout la nature de la substance odorante. Quoique insaisissable pour nos sens, l'élément toxique des maladies puerpérales se disperse aussi facilement que le fait le musc, et va semer partout des germes de mort. Pour toutes ces raisons, les salles communes sont mauvaises ; il faut au contraire isoler les nouvelles accouchées, les séparer les unes des autres, se rapprocher en un mot, autant que possible de ce qui se passe dans la clientèle de la ville. Une chambre d'hôpital dont l'isolement serait complet, assurerait, en effet, le repos de la femme qui y serait placée et la préserverait de la contagion par dissémination des miasmes.

Les hôpitaux étaient autrefois occupés sans aucune interruption par des malades ; les salles, murs et mobilier, saturées à la longue par les exhalaisons miasmatiques, étaient ainsi transformées en foyers perpétuels d'infection. Pour remédier à des dangers aussi évi dents, on a institué dans quelques hôpitaux le système de l'alternance : chaque salle est à tour de rôle évacuée, lavée, ventilée, remise à neuf. L'alternance a produit d'heureux résultats dans l-

plupart des hôpitaux de femmes en couches, où elle a été mise en pratique. A l'hôpital de Dublin, pour lequel je n'ai pas de renseignements précis, la mortalité est assez faible, grâce à une alternance très-sévère. Ce roulement n'est déjà plus une chose nouvelle pour notre pays; il a été établi à Rouen, où il donne les meilleurs résultats, sous la direction de notre confrère M. Hellot. La mortalité y était autrefois de 5 sur 100, ou de 1 sur 20. Depuis que l'alternance y est établie, la mortalité y est de 1 sur 133. Voici, dit M. Malgaigne, l'organisation nouvelle: il y a quatre salles garnies de 10 à 12 lits, total 50 lits, séparés les uns des autres par un espace de 2 mètres 50 centimètres. Lorsqu'une ou deux de ces salles ont été occupées un certain temps, d'abord on cesse d'y recevoir des malades qui sont admises dans les salles jusque-là restées vides; puis à mesure qu'une femme arrive à sa guérison, on la renvoie, et quand il n'en reste plus qu'une, on la transfère dans les autres salles. Les salles évacuées sont livrées aux ouvriers pour nettoyer la literie et la salle même; la laine des matelas est nettoyée, peignée, cardée, la plume épurée; les rideaux blanchis. Il faut ajouter qu'en outre de cet assainissement général, après chaque accouchement on carde les matelas.

L'alternance peut, sans aucun doute, produire d'excellents résultats, la Maternité de Rouen en est un exemple, mais pour obtenir de ce système des avantages réels, il faut qu'il soit institué avec une très-grande sévérité. Le roulement doit être combiné de telle sorte qu'une salle soit évacuée le plus souvent possible; en un mot, l'alternance doit se faire à courte échéance. Le repos de la salle et l'ouverture des fenêtres seraient insuffisants, si on ne procédait pas en même temps à un lavage et à un nettoyage complets, aussi bien pour les murs que pour les parquets. Je me suis assuré, en effet, que ceux-ci recèlent habituellement, entre les planches dont ils sont formés, des amas d'une poussière qui envahira et empoisonnera la salle aussitôt qu'elle sera occupée de nouveau. Pour éloigner ce danger il serait à souhaiter que le parquet fût recouvert d'une couche d'asphalte ou d'une toile cirée qu'on pourrait laver à grande eau. Tout le mobilier y compris les rideaux, les lits eux-mêmes et leurs sommiers, tout le mobilier en un mot, sans exception, doit être momentanément enlevé pour être nettoyé et lavé. Ce n'est qu'avec des soins aussi minutieux qu'on pourra se flatter d'avoir des salles véritablement remises à neuf. Une propreté parfaite est de rigueur; malheureusement j'ai pu me convaincre que rien n'est plus difficile à obtenir des gens de service, sans une surveillance de tous les instants, des plus actives et des plus intelligentes.

Le système de l'alternance fonctionne à Paris dans deux hôpitaux

de femmes en couches, la Maternité et Cochin. Son influence y a été peu salutaire et n'a pas fait baisser sensiblement le chiffre de la mortalité, il faut en conclure ou que l'alternance est insuffisante par elle-même, ou qu'elle n'a pas été exécutée avec assez de sévérité.

Il y a quelques jours à peine, M. Husson, directeur de l'Assistance publique, informé qu'une discussion allait s'engager sur l'hygiène des maternités, m'invitait à visiter avec lui la Maison d'accouchements et Cochin; j'en ai profité pour faire quelques remarques sur l'état actuel de ces hôpitaux.

Il y a dix ans, à la Maternité, deux grandes salles de vingt-quatre ou vingt-huit lits, l'une au premier, l'autre au deuxième étage, étaient occupées par les nouvelles accouchées. Les lits y étaient rangés sur les deux côtés; entre chaque lit s'élevait une cloison allant du parquet au plafond. Chaque malade avait ainsi une sorte d'alcôve ou de box sans aucune séparation avec le milieu de la salle. Avec une pareille disposition la ventilation était toujours imparfaite, et les malades étaient toutes exposées aux miasmes répandus dans le milieu de la salle; jamais l'alternance n'y avait été essayée.

Dans le courant de l'année dernière, des améliorations nombreuses ont été apportées à cet état de choses. Les grandes salles d'autrefois ont été séparées, au moyen de portes vitrées, en quatre petites salles de six lits chacune, placées en enfilade. L'alternance y est maintenant instituée dans l'ordre suivant : la première et la troisième salle sont occupées pendant que la deuxième et la quatrième sont vides, et réciproquement; jamais deux salles contiguës ne contiennent de nouvelles accouchées en même temps. Le roulement se fait tous les deux mois.

Quand une nouvelle accouchée devient malade, elle est immédiatement transportée dans une infirmerie séparée.

Une cheminée est placée au milieu de chaque salle, on y entretient nuit et jour un feu de charbon de terre. Des cabinets avec cuvettes à l'anglaise, ne laissant rien à désirer comme propreté, ont remplacé les latrines infectes d'autrefois.

Ce sont là de grandes et incontestables améliorations, et quiconque visitera cet hôpital déclarera qu'il est bien tenu. La mortalité y est cependant effrayante :

En 1865 : 804 accouchements, 48 décès 5,97 0/0.
Janvier 1866 : 102 accouchements, 8 décès 7,84 0/0.

Pour corriger un peu une statistique aussi défavorable, il est juste de dire qu'en 1865 huit femmes y sont mortes du choléra; mais en 1866, l'influence désastreuse des maladies puerpérales étant exclusive, la mortalité a encore atteint le chiffre des plus mauvais jours.

Comment expliquer de pareils revers malgré les améliorations dont j'ai parlé? C'est que l'aménagement de la Maternité est loin d'être irréprochable : les salles y sont placées sur une même enfilade, et à chaque instant les personnes du service les traversent d'un bout à l'autre, entraînant avec elles des masses d'air empoisonné ; le nombre de mètres cubes d'air destinés à chaque malade y est insuffisant; enfin l'infirmerie des femmes atteintes de fièvre puerpérale est dans le même bâtiment que la salle des nouvelles accouchées bien portantes. Je n'ai d'ailleurs visité l'hôpital qu'une fois, et il est probable que M. Trélat nous fera connaître d'autres causes d'insalubrité qui m'auront forcément échappé.

Si de la Maternité nous passons à l'hôpital Cochin, nous trouvons un pavillon nouvellement bâti pour servir de Maternité. On a essayé sans aucun doute d'y réaliser toutes les conditions favorables et d'en faire un hôpital modèle. Malheureusement la bonne volonté ne suffit pas, et l'hôpital Cochin présente de graves défauts. Qu'on se représente un bâtiment unique au centre duquel se trouve une large cage d'escalier allant du rez-de-chaussée au dernier étage. Au rez-de-chaussée s'ouvrent deux portes, l'une à droite, l'autre à gauche ; elles conduisent dans des salles de dix lits. Au premier étage on trouve une disposition exactement semblable. Le deuxième étage contient des chambres à un lit qui s'ouvrent sur un corridor qui débouche lui-même sur l'escalier. Les lits sont largement espacés ; chaque malade est entourée par 72 mètres cubes d'air. Quant au roulement de cet hôpital il est établi d'après les règles suivantes : des quatre salles placées tant au rez-de-chaussée qu'au premier étage, trois seulement sont occupées en même temps, pendant que la quatrième est évacuée d'après le système de l'alternance. Quand une nouvelle accouchée devient malade, elle est transportée dans l'une des petites chambres du deuxième étage. Je reproche à cet hôpital de réunir un trop grand nombre d'accouchées dans la même salle. En outre, l'alternance s'y fait à de trop longs intervalles, car ce n'est qu'après avoir reçu des accouchées pendant six mois de suite, qu'une des salles est évacuée et ventilée pendant deux mois. Enfin, et c'est peut-être ici le vice fondamental, les salles du rez-de-chaussée et du premier étage s'ouvrent toutes sur une même cage d'escalier qui n'est ventilée que par des fenêtres placées toutes sur la même façade. On peut donc dire que cet escalier est un cloaque en libre communication avec toutes les salles, avec toutes les chambres réservées aux malades. L'isolement est impossible avec une disposition pareille ; j'ai vu le jour de ma visite deux femmes à l'agonie dans les chambres du deuxième étage, mais aucune porte n'était fermée, et l'air empoisonné pouvait circuler librement dans

toute la hauteur de l'escalier, et entrer dans les salles du premier étage et du rez-de-chaussée.

Pour donner plus de force à cette critique il suffit d'établir quelle a été la mortalité de l'hôpital Cochin depuis sa construction :

1865 : les cinq derniers mois, 265 accouch. 18 décès, 1 sur 15.
1866 : les deux premiers mois, 90 — 9 — 1 sur 11.

J'ai accumulé maintenant assez de preuves pour dire hautement que presque tous les hôpitaux de femmes en couches sont mauvais, mal conçus, mal construits, ravagés par une mortalité effrayante. Ce qui est vrai pour la France l'est également pour tous les pays étrangers, et le meilleur ou le moins meurtrier des hôpitaux est encore un très-mauvais modèle qu'il faut bien se garder d'imiter; l'insuccès serait certain. Pour réussir, il faut rompre avec la routine et savoir transporter à l'hôpital toutes les conditions de la clientèle civile : il faut que dans nos hôpitaux chaque accouchée ait une chambre parfaitement isolée, sans communication avec les chambres voisines; il faut enfin qu'une même chambre ne serve qu'à un accouchement avant d'être remise à neuf. Rien de tout cela n'est impossible, et le jour où toutes ces choses auront été réalisées, la mortalité ne sera pas plus grande à l'hôpital qu'en ville. Ce ne serait même pas là le beau idéal, comme je l'entends dire par l'un de nos collègues, car on devrait espérer mieux encore. Ne serait-il pas légitime, en effet, de voir les femmes de l'hôpital, entourées par une vigilance de tous les instants, soignées par des médecins qui ont consacré leur vie à l'étude, rompus à toutes les difficultés de la pratique, mourir en moins grand nombre que les femmes de la ville qui sont forcément moins surveillées. En demandant des mesures capables de ramener la mortalité des maternités au chiffre de la ville je ne poursuis pas une chimère. C'est là le but que nous devons nous proposer, et si nous ne pouvons pas l'atteindre complétement, il faut du moins nous en rapprocher le plus possible.

Me voici arrivé à la partie la plus périlleuse de ma tâche : indiquer le plan d'un hôpital qui remplisse toutes les conditions que nous exigeons. Je reproduirai d'abord le projet que j'ai fait connaître en 1864 (1) : sur un emplacement convenable s'élèverait un seul corps de bâtiment, isolé de tous côtés, ayant un rez-de-chaussée et un premier étage disposés pour recevoir des malades. Un sous-sol et un deuxième étage pourraient être utilisés pour les services généraux.

(1) *Hygiène des hôpitaux des femmes en couche,* Paris 1864.

Le rez-de-chaussée serait spécialement affecté aux nouvelles accouchées; il serait parcouru dans toute sa longueur par un couloir central qui le séparerait en deux moitiés. Ce rez-de-chaussée présenterait sur ses deux faces des chambres placées les unes à côté des autres et adossées au couloir intérieur. Chaque chambre s'ouvrirait au dehors par une porte et deux fenêtres et n'aurait aucune communication ni avec les chambres voisines, ni avec le couloir intérieur, ni avec aucune autre partie de l'hôpital. Pour entrer dans chacune de ces chambres il faudrait donc absolument faire, par dehors, le tour du bâtiment et aller de porte en porte, comme on va dans une rue de Paris de maison en maison.

Chaque chambre serait ainsi un vrai logis particulier, ayant toutes ses ouvertures sur un jardin, mais n'ayant aucune communication avec les autres parties de l'hôpital.

Au premier étage, seraient disposées des salles pour les femmes enceintes, les nourrices et quelques anciennes accouchées.

Chaque chambre du rez-de-chaussée recevrait une nouvelle accouchée et une femme enceinte qui deviendrait sa garde malade et rendrait à sa compagne mille services qui diminueraient singulièrement la besogne des infirmières. Au bout de huit jours, la nouvelle accouchée et la femme enceinte seraient transportées dans la salle du premier étage. La chambre qu'elles quitteraient serait alors purifiée, lavée avec toutes les précautions convenables, ventilée pendant une semaine, les murs en seraient blanchis à la chaux; après quoi elle serait occupée de nouveau.

J'ai depuis longtemps exposé tous les détails de ce projet à M. Husson, qui lui a reproché de soustraire les femmes à une surveillance régulière; aussi pour y remédier, M. Husson avait pensé qu'il conviendrait de placer dans le couloir intérieur un carreau de vitre qui serait enchassé dans la paroi correspondante de chaque chambre. Ce carreau, mastiqué avec soin, ne pourrait pas s'ouvrir; il assurerait l'isolement tout en permettant de surveiller les malades.

Avec un pareil système, j'avoue que le service serait pénible, mais j'y remédie en partie en plaçant au dessus du rez-de-chaussée une marquise qui s'étendrait tout autour du bâtiment pour protéger autant que possible le personnel de l'hôpital contre les injures du temps.

Dans nos hôpitaux actuels rien ne se fait sans l'intervention des infirmières; je demande au contraire que leur présence soit exigée le moins souvent possible. Pour les besoins urgents seulement, un bouton de sonnette électrique, disposé auprès de chaque lit, irait aboutir dans le couloir intérieur où se tiendraient les gens de service. Il faut

changer nos habitudes d'hôpital. Que les femmes y soient donc soignées comme dans leur domicile, traitées, comme dans nos bureaux de bienfaisance, par exemple, où elles se rétablissent si bien.

Pour ce projet, je m'étais bien gardé de prendre comme modèle aucun autre hôpital, puisque j'avais déclaré que toutes les Maternités actuelles étaient mauvaises. Mon innovation n'a cependant pas séduit tout le monde, cela devait être; elle m'a attiré au contraire plus d'une critique. D'après l'avis de M. Le Fort, la porte de chaque chambre s'ouvrant directement à l'extérieur, amènerait un refroidissement considérable de la température, chaque fois qu'on l'ouvrirait lorsque la température serait comme elle est souvent l'hiver de 6 à 12 degrés au dessous de zéro. En formulant ce reproche, notre collègue a exagéré l'abaissement ordinaire de la température. Nous aurions d'ailleurs en France la même température qu'en Russie que cela ne m'inquiéterait guère. Une bouffée de froid n'est pas à craindre, et dans les villages, les nouvelles accouchées occupent une chambre qui s'ouvre directement en dehors sans que pour cela elles s'y rétablissent moins bien. M. Hervieux a adressé à ce projet deux reproches qu'il considère comme très-graves : le premier, c'est que toutes ces chambres, que l'on peut comparer, dit-il, aux alvéoles d'une ruche à miel, c'est-à-dire à des cellules ne s'ouvrant que d'un seul côté, ne sont en réalité que des cul-de-sac où la ventilation naturelle est impossible. En second lieu, la marquise en protégeant le personnel, intercepterait les rayons du soleil et assombrirait les pièces destinées aux nouvelles accouchées. Je pourrais répondre à M. Hervieux qu'une marquise en verre laisserait passer la lumière et les rayons du soleil, et que le plus grand nombre des chambres de la ville sont ventilées par une seule fenêtre, mais je dirai bientôt que je fais sur ce point des concessions complètes en amendant mon projet.

Les femmes, m'a-t-on dit, seront isolées et subiront une espèce de réclusion, ce sera le régime cellulaire. Le mot est fâcheux sans doute, mais ma réponse sera facile : Je ferai remarquer d'abord que la même chambre contiendrait une femme enceinte, une femme accouchée et un enfant nouveau-né; si l'on y ajoute la visite du médecin, les allées et venues de la surveillante et des infirmières, la vue sur un jardin, on trouvera qu'un pareil système cellulaire n'a rien de terrible. D'ailleurs les accouchées de la classe pauvre, celles du bureau de bienfaisance, par exemple, sont exposées à un isolement plus absolu dans leur domicile, elles n'y reçoivent que par hasard la visite d'une voisine et restent seules des journées entières. Que l'on examine encore ce qui se passe à la Maison municipale de santé; les chambres à un lit y sont recherchées beaucoup plus que la salle commune, et les malades pour

y être admis consentent à payer à l'Administration un prix plus élevé. Cette objection n'a donc pas de fondement sérieux.

Enfin, MM. Hervieux et Le Fort se sont réunis pour m'adresser un reproche que je prends à cœur. Votre projet, ont-ils écrit, est bon en théorie, mais pratiquement impossible. J'avoue que je ne comprends pas bien cette objection; mon projet passera sans effort et sans difficulté de la théorie à la pratique, à l'état de fait accompli, aussitôt qu'on le voudra. Je crois même savoir de bonne source que cette réalisation est sur le point d'être complète, sinon en France, du moins à l'étranger.

Je ne suis pas le seul, heureusement pour moi, à avoir eu la témérité de mettre au jour un projet de Maternité. M. Hervieux a proposé de construire un corps de logis partagé en salles de six à huit lits, avec de larges et hautes fenêtres s'ouvrant sur les deux faces du bâtiment. Lo roulement se ferait avec alternance. Ce projet serait-il suffisant? Il se rapproche beaucoup trop, à mon avis, de ce qui existe à la Maternité et à Cochin.

M. Le Fort, après avoir visité un grand nombre de Maternités, les avoir comparées les unes avec les autres, s'est arrêté au projet suivant : Un bâtiment principal avec deux petites ailes en retour, serait partagé en deux moitiés par un escalier central. Le premier et le deuxième étage, destinés aux femmes en couches, seraient séparés par cet escalier en deux moitiés qui pourraient être soumises à tour de rôle à l'alternance. Des portes vitrées empêcheraient une trop libre communication entre les deux moitiés du bâtiment. Sur l'une de ses façades régnerait un corridor commun percé de fenêtres sur toute sa longueur; sur l'autre façade seraient placées des chambres à trois lits. Chacune de ces petites salles auraient une fenêtre donnant à l'extérieur et une porte qui s'ouvrirait sur le corridor commun, comme cela existe à la Maison municipale de santé de Paris.

Ce que je blâme dans ce projet, c'est le corridor commun où s'ouvriront les portes de toutes les chambres, de telle sorte qu'il sera le réceptacle dans lequel viendront se rendre les miasmes engendrés dans chaque compartiment et l'isolement sera illusoire. M. Le Fort propose, il est vrai, un mode de ventilation qui assurerait, suivant lui, le passage de l'air du corridor dans les chambres, tandis qu'il ne pourrait jamais refluer des chambres dans le corridor. C'est là une erreur : quoi qu'on fasse, des courants d'air s'établiront en sens contraire. J'espère pouvoir le démontrer un jour à M. Le Fort et le faire renoncer ainsi à l'idée d'un corridor commun. En proposant ce projet, M. Le Fort s'est laissé inspirer par le souvenir de l'hôpital de Kiel et celui de la Grande-Duchesse Hélène à Saint-Pétersbourg.

Dans ces derniers hôpitaux on trouve, en effet, le même corridor latéral donnant aussi dans toutes les chambres. J'ignore quels sont les résultats qui ont été obtenus à Kiel, mais ils n'ont pas été heureux à Saint-Pétersbourg. Avec l'installation ancienne la mortalité était de 1 décès sur 32,17 accouchements; depuis l'installation nouvelle on y compte 1 décès sur 34,09 accouchements. Je me crois donc fondé à dire que le projet de M. Le Fort ne donnerait pas de meilleurs résultats à Paris.

Voici à quel projet je m'arrêterais aujourd'hui : un bâtiment unique, bâti en ligne droite, serait séparé en chambres allant d'une façade à l'autre, mais sans aucune communication entre elles. Sur l'une des façades s'ouvrirait une fenêtre par chambre, sur l'autre se trouverait la porte, au-dessus de laquelle régnerait une galerie vitrée. Je reviens, en un mot, à mon projet de 1864; mais le corridor central a disparu puisque chaque chambre occuperait toute l'épaisseur du bâtiment. Je trouve dans cette modification quelques nouveaux avantages : la fenêtre laisserait passer la lumière sans aucun obstacle; en ouvrant la porte et la fenêtre la ventilation serait aussi complète que possible; la marquise continuerait à abriter les gens de service sans être passible d'aucun reproche. Enfin, et c'est le point capital, l'isolement resterait complet. Chaque chambre occupée par une nouvelle accouchée et par une femme enceinte, serait soumise aux précautions de l'alternance après chaque accouchement.

Le seul grief qui subsiste, c'est le chômage des chambres pendant leur évacuation. Mais ce chômage existe déjà en réalité à la Maternité, où la moitié des salles se repose pendant que l'autre moitié est occupée.

J'ai cependant songé à économiser le temps et j'ai pensé qu'on y réussirait si les murs et le plafond des chambres étaient revêtus dans toute leur étendue de plaques en terre émaillée et le parquet recouvert d'asphalte. Avec des parois aussi lisses et aussi peu perméables, on ferait en quelques heures un lavage si parfait, soit avec une éponge, soit avec une pompe à mains, qu'une chambre quittée par une malade pourrait sans inconvénients recevoir le lendemain une autre accouchée. Malheureusement j'ignore tout à fait si une pareille installation n'aurait pas quelque inconvénient grave au point de vue de l'hygiène; je n'ose donc pas en conseiller l'emploi, mais peut-être pourrait-on l'essayer sur une chambre seulement. Ce serait une question à étudier sérieusement.

Ai-je la prétention insensée de faire disparaître complétement la fièvre puerpérale? Assurément non. J'ai voulu seulement, autant que je l'ai pu, obtenir pour un hôpital les conditions de la clientèle civile.

Malgré tout, quand une femme tombera malade, elle devra être aussitôt transportée dans une infirmerie qui occupera un bâtiment complétement séparé de celui des nouvelles accouchées. L'installation de l'infirmerie offrirait d'ailleurs la répétition des dispositions que nous avons décrites pour notre Maternité. Un personnel spécial y serait attaché et toute communication avec les femmes accouchées bien portantes lui serait formellement interdite. Cette séparation des femmes saines et des malades dans deux bâtiments distincts, nous paraît urgente; elle a reçu l'approbation de tous les médecins et elle a été regardée comme indispensable par M. Hervieux et M. Le Fort. On ne lui reprochera même pas de multiplier sans besoin le nombre du personnel, puisque à la Maternité de Paris l'infirmerie est depuis longtemps occupée par un personnel à part : médecin, interne, infirmières... Seulement l'installation de cette infirmerie, telle qu'elle existe aujourd'hui, bonne en principe, est mauvaise en réalité parce que les malades occupent le même bâtiment que les autres accouchées et que le personnel des deux sections passe trop souvent de l'une dans l'autre.

Quand une Maternité sera annexée à un hôpital général, on pourra, je crois, se passer d'infirmerie spéciale, en faisant transporter les accouchées malades dans les salles de l'hôpital général qui feraient ainsi l'office de l'infirmerie.

J'ai exposé longuement la prophylaxie des maladies puerpérales telle que je la comprends. Les moyens que je propose seront-ils suivis de succès? Je l'espère, mais l'expérience seule peut nous éclairer d'une manière infaillible. Si ces espérances venaient malheureusement à ne pas se réaliser après l'essai du nouveau système d'hôpital, faudrait-il courber la tête, et nous avouer vaincus par la fatalité? Non, mille fois non ! Il faudrait, sans hésiter, renoncer aux grands hôpitaux de femmes en couches pour créer un grand nombre de très-petites Maternités, qui seraient disséminées au nombre de deux ou trois dans chacun des arrondissements de Paris. Ces petites maternités, ne pouvant admettre qu'un petit nombre de femmes en couches, réuniraient les conditions qu'on rencontre chez la plupart des sages-femmes de la ville qui reçoivent des femmes pour leur accouchement. Le logement réservé à ces pensionnaires est ordinairement petit, presque insuffisant, mais il n'est occupé que par deux, trois femmes en même temps, rarement davantage. De temps en temps les oscillations de cette clientèle amènent naturellement l'évacuation de ces chambres, qui sont soumises ainsi à une sorte d'alternance involontaire. Aussi la fièvre puerpérale y est rare. Un grand nombre de petites Maternités donnerait probablement des résultats

tout aussi avantageux; dès qu'une femme y tomberait malade, l'établissement serait fermé sans apporter de troubles dans les habitudes des autres Maternités du même genre.

Reste enfin une ressource extrême : si les Maternités grandes ou petites produisaient une mortalité trop élevée, il faudrait les abandonner toutes définitivement et substituer l'assistance à domicile à l'assistance hospitalière.

Aucune dépense, aucune difficulté, aucune mesure ne doit arrêter l'administration de l'assistance publique. Le mal est grand ; d'une façon ou de l'autre il faut qu'il disparaisse.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. Guyon.

Séance du 4 avril 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Guinier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, adresse la relation d'une thoracentèse pratiquée avec succès sur un enfant de douze mois; cette observation est accompagnée de réflexions pour servir à l'histoire de la thoracentèse chez les enfants à la mamelle.

— M. Larrey fait hommage, au nom de M. le docteur Finot, médecin principal de première classe à l'École d'application de Metz, d'un rapport imprimé présenté à la Société de prévoyance des médecins de la Moselle, sur l'exercice de la médecine par les prêtres et les communautés religieuses.

Du rapport fait par M. Devergie, sur les conditions à remplir dans la création des hôpitaux.

La Société reçoit :

Outre les journaux scientifiques de la semaine,

Le numéro des *Archives,* avril 1866,

Et le *Bulletin général de thérapeutique.*

A propos de la correspondance : .

Anesthésie locale par le sulfure de carbone.

M. PERRIN. M. Delcominète, professeur suppléant à l'École de mé-

decine de Nancy, m'a fait l'honneur de m'adresser, pour vous la communiquer, une note relative à un nouveau procédé d'anesthésie locale. Vous savez que le sulfure de carbone, étudié expérimentalement par Simpson comme agent d'anesthésie générale, fut promptement abandonné à cause de son énergie et de la persistance de certains de ses effets. C'est ce même corps, préalablement rectifié pour en atténuer la mauvaise odeur, que M. Delcominète a eu la pensée d'utiliser pour provoquer l'anesthésie locale, et il a réussi. Sa note renferme l'observation de sept tentatives suivies d'un succès complet. Quelques-unes, il est vrai, sont relatives à de simples incisions superficielles, mais les autres, en plus grand nombre, ont été faites à l'occasion d'opérations un peu plus longues et plus douloureuses, telles que l'ablation d'un ongle incarné, le débridement multiple d'un phlegmon diffus du bras, d'un phlegmon profond de la fosse sous-épineuse et l'extirpation d'un névrome de l'aisselle. L'une d'elles, relative à un ongle incarné, a déjà été publiée par M. Simonin, de Nancy, dans le numéro du 18 mars dernier de la *Gazette médicale de Paris*.

Dans tous les cas, l'insensibilité produite par le sulfure de carbone fut très-prompte, complète et suffisamment durable. Aussi l'auteur n'hésite-t-il pas à considérer ce liquide comme beaucoup supérieur à l'éther pour déterminer l'anesthésie locale.

C'est aussi par la réfrigération des tissus que, selon toute apparence, l'insensibilité est provoquée. Dans des conditions identiques, le sulfure de carbone produit un abaissement de température beaucoup plus considérable que l'éther. Pour le montrer, M. Delcominète a imaginé une petite expérience comparative, aussi simple qu'ingénieuse, et que je vous demande la permission de répéter devant vous. En pulvérisant de l'éther avec le tube du *pulvérisateur* hygiénique, on obtient du froid sans congélation. Mais en substituant à l'éther le sulfure de carbone, on congèle instantanément la vapeur d'eau du courant d'expiration. Celle-ci se dépose sous la forme d'une couche de glace qui peut atteindre 1 millimètre d'épaisseur.

Toutefois, ce procédé ne serait pas bien efficace pour anesthésier les tissus, parce qu'une grande quantité de calorique est mise en liberté par le passage de la vapeur d'eau à l'état solide au préjudice de la réfrigération. Celui qui a été employé par M. Delcominète consiste à laisser tomber le liquide goutte à goutte sur la partie que l'on veut rendre insensible et en activant l'évaporation à l'aide d'un soufflet ordinaire.

J'ai eu l'occasion de recourir samedi dernier au sulfure de carbone, dans des conditions qui me paraissent favorables pour juger de son efficacité. Il s'agissait de pratiquer une petite autoplastie de l'oreille

chez un enfant de sept ans. En moins d'une minute l'insensibilité fut obtenue, et l'avivement des deux lèvres de la solution de continuité, temps de l'opération qui dura bien une minute, fut pratiqué sans provoquer la moindre douleur. Ce qui m'a frappé dans ce fait, c'est que contrairement à ce que l'on obtient avec les mélanges réfrigérants, les tissus privés de sensibilité étaient plutôt congestionnés qu'anémiés. Aussi, l'écoulement de sang fut-il au moins aussi abondant qu'à l'état normal. On conçoit, sans qu'il soit besoin de commentaires, que le procédé de Richardson, destiné à la pulvérisation de l'éther, peut être tout aussi bien appliqué au sulfure de carbone.

Les faits qui précèdent ne sont pas suffisants pour se prononcer aujourd'hui sur la valeur du sulfure de carbone, mais ils m'ont paru assez intéressants pour mériter votre attention et pour solliciter de votre part de nouvelles recherches.

M. LE FORT. Je viens d'essayer sur ma main le sulfure de carbone, et j'ai ressenti un picotement assez prononcé qui persiste encore.

M. PERRIN. J'ai constaté ce phénomène, la même cuisson persiste une ou deux minutes, mais elle n'a jamais rien de pénible.

COMMUNICATION.

Tumeur de nature éburnée, occupant la fosse nasale droite. — Ablation par écartement des os. — Guérison.

M. PAMARD fils (d'Avignon) lit sur ce sujet une observation qui lui est personnelle. Il la présente à l'appui de sa candidature au titre de correspondant national. (Commissaires : MM. Panas, Le Fort, Dolbeau.)

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Dilatation congéniale du conduit de Warthon.

M. GUYON. La dilatation du conduit de Warthon et la rétention du fluide salivaire dans ce canal, les tumeurs qui en résultent sont beaucoup moins communes qu'on ne le croyait au siècle dernier. Il n'est pas douteux cependant que le conduit de Warthon puisse assez se distendre pour former une véritable tumeur. Je fais abstraction de ce que nous a appris à cet égard l'histoire des calculs salivaires. Mais je veux montrer qu'en l'absence de tout corps étranger, et par suite de l'oblitération congénitate de son orifice, une véritable tumeur salivaire peut se former dans le plancher buccal.

M. Stolz, de Strasbourg (*Gazette médicale* de Paris 1833, p. 763), a publié une observation parfaitement analogue à la nôtre. Celle que M. P. Dubois avait publiée dans ce recueil la même année (p. 338) donne l'histoire d'une tumeur siégeant dans l'épaisseur de la langue

et non dans le plancher buccal; c'était aussi une tumeur salivaire. M. Dubois invoque pour expliquer sa présence dans l'épaisseur de a langue, une anomalie du conduit de Warthon. Il est plus naturel de penser qu'il s'agissait de la dilatation d'une des petites glandules décrites par Blandin et par Nuhn dans l'épaisseur même de la pointe de la langue.

Ainsi que le remarquent MM. Dubois et Stolz, ces tumeurs congénitales sont fort importantes à considérer à cause de l'obstacle qu'elles apportent à l'allaitement. Elles peuvent aussi permettre d'établir que de même que d'autres sécrétions, la sécrétion urinaire par exemple, la sécrétion de la salive a déjà commencé avant que la vie intra-utérine soit encore terminée.

Chez l'adulte, des tumeurs salivaires, dues à la dilatation du conduit de Warthon, ont été aussi observées. Je rappellerai seulement l'observation publiée par M. Jobert de Lamballe, dans son traité de chirurgie plastique, et celle de M. Richet. Ce dernier fait se trouve consigné in extenso dans le tome troisième, les mémoires de notre Société.

Il est facile de s'assurer de la dilatation du conduit de Warthon, sur cette pièce anatomique très-complétement disséquée par M. Thomas, interne de mon service.

Le conduit de la glande sous maxillaire du côté droit offre à peu près le volume d'une plume d'oie, mais il s'est notablement rétracté, il avait au moment de l'autopsie un volume à peu près double de celui qu'il présente actuellement. La dilatation porte principalement sur la moitié antérieure du conduit, il est cependant élargi dans toute son étendue; la glande sous-maxillaire est parfaitement normale. L'état normal peut aussi être constaté pour le conduit du côté opposé, disséqué dans toute son étendue.

Nous nous sommes assurés de l'imperforation du conduit distendu en exerçant des pressions sur son trajet, d'arrière en avant, alors qu'il était encore distendu par la salive, et en injectant de l'eau par une petite ouverture pratiquée à son extrémité postérieure.

Le liquide salivaire contenu dans ce canal dilaté était transparent, et visqueux, entièrement analogue à celui que sécrète la glande sous-maxillaire.

L'enfant était du sexe féminin, elle était née avant terme, vers le huitième mois de la grossesse, elle pesait 2,380 grammes au moment de la naissance. Restée faible, elle succomba le huitième jour, 12 février; j'ai le regret de ne l'avoir pas opérée, malgré son peu de vitalité.

La tumeur fut découverte dès le lendemain de la naissance, elle formait sous le côté droit de la langue, une saillie allongée du volume

du petit doigt environ. D'une couleur blanc-rosée, semi-transparente, fluctuante, tendue pendant le cri ou l'effort, elle présentait tous les caractères de la grenouillette. Elle ne paraissait pas douloureuse au toucher, la succion pouvait s'opérer, mais nous fûmes fort mal secondé par la mère.

M. BROCA. Il est bien prouvé que le canal de Warthon peut se dilater, mais cette dilatation et la grenouillette sont choses très-distinctes. On avait donné comme siége anatomique à la grenouillette, le conduit de Warthon, parce que les autres canaux salivaires n'étaient pas connus. L'on sait aujourd'hui, d'une manière définitive, que la grenouillette est une tumeur enkystée qui a pour origine un des nombreux petits conduits des glandes sublinguales.

Lorsque l'on analyse les symptômes, on voit que la dilatation du conduit de Warthon s'accompagne de phénomènes douloureux dus à la rétention de la salive et d'une tuméfaction de la région sus-hyoïdienne au niveau de la glande sublinguale. Dans la grenouillette il n'y a que la tumeur sublinguale. Le conduit salivaire où se fait l'accumulation du liquide et la glandule qui y est annexée sont d'un trop petit volume pour qu'aucun phénomène de rétention puisse se produire. La marche de la grenouillette est essentiellement chronique, la dilatation du conduit de Warthon peut se présenter à l'état aigu. Il ne faut donc pas confondre ces deux affections.

M. VERNEUIL. Je partage l'opinion de M. Broca ; la grenouillette et la dilatation du conduit de Warthon sont deux maladies distinctes. Le conduit de Warthon peut très-facilement se distendre, c'est ce que l'on observe lorsqu'il s'y développe des calculs salivaires. Les phénomènes de rétention qui accompagnent la formation de la tuméfaction sont si particuliers, que j'avais songé à les distinguer sous le nom un peu singulier, mais expressif, de colique salivaire. J'avais réuni sur ce sujet plusieurs observations et préparé un travail qui n'a pas été publié. Je n'ai donc pas l'intention de proposer comme bonne la dénomination que je viens de rappeler, mais je dirai que les phénomènes douloureux, la tuméfaction de la région sus-hyoïdienne et en particulier de la glande sublinguale différencient nettement la dilatation du conduit de Warthon de la grenouillette, qui a surtout pour origine l'un des conduits de la glande sublinguale.

COMITÉ SECRET.

La Société se forme en comité secret à quatre heures et demie.
La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 11 AVRIL 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de médecine de la semaine.

— M. le Président remet, au nom de madame Morel-Lavallée, une série d'*observations inédites* recueillies par notre regrettable collègue; ces observations seront examinées par la commission qui avait déjà été chargée de faire un premier rapport.

— M. le président annonce que M. le professeur Bardinet, membre correspondant, directeur de l'École préparatoire de médecine de Limoges, assiste à la séance.

M. le docteur Bergh, médecin de l'hôpital de Copenhague, M. le docteur Hugenberger, de St-Pétersbourg, médecin en chef de l'Institut de la grande-duchesse Hélène et M. le docteur Lazaréwitch, professeur à l'Université de Kharkoff, assistent également à la séance.

DISCUSSION.

Hygiène des maternités.

M. TRÉLAT. Messieurs, l'empressement avec lequel vous avez accueilli cette discussion, l'attention que vous avez prêtée à l'importante communication de notre collègue M. Tarnier, témoignent de l'intérêt que vous portez à la question soulevée parmi nous. Je vous apporte le contingent de mes études et de mes réflexions, et s'il m'arrive de revenir sur des faits déjà connus de vous, je réclame d'avance votre indulgente attention pour ces répétitions inévitables.

Pour ménager vos moments, je ne m'arrêterai pas sur ce fait capital que la mortalité dans les maternités est considérablement plus élevée que dans toute population extra-hospitalière. Je considère cette proposition comme démontrée et à l'abri désormais de toute contestation. Toutes les recherches entreprises sur ce sujet, depuis dix ans, ont donné le même résultat sans une seule infirmation. Partout, les comparaisons statistiques ont prononcé dans le même sens et nos confrères d'Allemagne, de Russie et d'Angleterre ont donné une éclatante confirmation aux premières observations faites par M. Tarnier sur la mortalité, suite de l'accouchement, à la Maternité et dans le douzième arrondissement de Paris.

Or, je dis que lorsqu'un fait statistique est ainsi vérifié itérative-

ment un grand nombre de fois et lorsqu'il repose sur des bases d'évaluation aussi larges quo celles qu'a utilisées M. Le Fort, on peut le considérer comme établi et hors de discussion.

Cependant, permettez-moi une remarque : oui, nous savons qu'il existe un écart considérable entre les deux mortalités au préjudice des maisons d'accouchement, mais la valeur exacte de oet écart, nous l'ignorons. Pour la connaître, il faudrait être fixé d'abord sur la mortalité générale de l'accouchement. Or, il n'a été fait jusqu'ici aucun relevé complet de cette nature, et, particulièrement en France, on peut dire qu'il n'existe aucun document digne de foi sur les diverses causes de mort, sauf les accidents et les suicides. Peut-être trouverait-on sur ce sujet des renseignements importants dans les remarquables statistiques de la Belgique et du canton de Genève; le temps m'a manqué pour faire ces recherches et je ne puis que les indiquer.

Il serait bien désirable cependant que nous fussions éclairés sur le chiffre moyen de la mortalité puerpérale, ce chiffre pouvant subir, dans une même localité et sur une nombreuse population, des variations du simple au double.

Ce n'est pas nous qui pouvons faire de pareils dénombrements; nous n'en possédons pas les éléments. Ce travail revient aux bureaux de statistique ; mais, en présence de l'intérêt persistant qui s'attache à l'hygiène des maternités, il nous appartient d'en signaler l'utilité et même la nécessité.

Ainsi, messieurs, j'abandonne ce point du débat. Je crois que personne, ni parmi les médecins, ni parmi les administrateurs, ne conteste plus que les femmes en couches succombent dans les maternités en beaucoup plus grande proportion que partout ailleurs, et qu'on peut affirmer en prenant les plus faibles évaluations, c'est-à-dire sans aucune crainte d'erreur, que le même acte physiologico-pathologique, l'accouchement, est suivi de mort dix fois plus souvent à l'hôpital que hors de l'hôpital.

Comment se comporte cette excessive mortalité? Atteint-elle indistinctement tous les individus? Suit-elle une marche régulière et continue ou bien est-elle sujette à des variations plus ou moins fortes? Ces variations elles-mêmes sont-elles purement accidentelles ou bien subissent-elles quelque influence que nous puissions découvrir? Telles sont les questions qu'il me semble utile d'examiner maintenant.

La mort frappe dans les maisons d'accouchement sur toutes les catégories d'accouchées; pour aucunes il n'y a d'exception; pour aucunes même de disproportion qui mérite d'être appelée favorable. Cependant, il faut reconnaître que certaines conditions individuelles constituent une prédisposition fâcheuse incontestable.

Je n'ai pas l'intention de m'arrêter sur ce sujet bien connu ; j'en toucherai seulement quelques points.

Les fatigues d'un travail long et pénible sont à juste titre considérées comme prédisposant aux affections puerpérales, et, depuis la thèse de M. Lasserre, cette opinion est généralement acceptée. Cet auteur avait noté les différences suivantes : Travail de six à dix-huit heures, 2,54 p. 100 de mortalité. Travail de plus de dix-huit heures, 11,48 p. 100. Tous les faits qui se sont produits sous mes yeux à la Maternité plaident dans le même sens.

La primiparité me semble devoir être rattachée à deux autres éléments; elle constitue un fait complexe dans lequel entrent, pour une certaine part, d'un côté la longueur et les incertitudes d'un premier travail, de l'autre la misère. Je parle, bien entendu, des femmes qui viennent accoucher à l'hôpital, et là il est incontestable que les primipares sont en général plus misérables que les multipares. Quelle que soit la valeur de cet aperçu que je crois fondé, il n'en reste pas moins établi que les primipares succombent en plus forte proportion que les multipares.

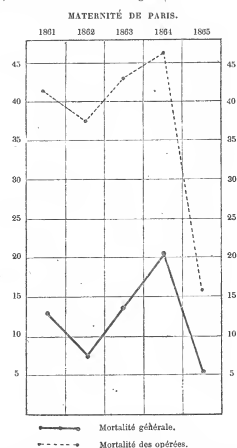
Quant aux opérations obstétricales, si on se borne à comparer la mortalité générale avec la mortalité à la suite des opérations, on obtient toujours et partout un chiffre beaucoup plus élevé pour cette dernière. Ce résultat est facile à prévoir, il en est des opérations tocologiques comme de la plupart des opérations d'urgence; on les pratique pour porter remède à un état déjà grave par lui-même et elles ont leurs chances d'accidents et leurs complications fréquentes. Aussi, d'après le relevé de M. Späth, cité par M. Le Fort, elles donnent une mortalité de 30 p. 100 ; d'après mon relevé fait sur cinq années de la Maternité, 1861-65, 38 p. 100, tandis que la mortalité générale est de 12 p. 100 pendant la même période. Mais tant à Vienne qu'à Paris, cette haute mortalité opératoire prend une bien faible part dans la mortalité générale. A Vienne elle représente 6 p. 100 des décès et fait périr seulement 0,7 p. 100 des accouchées ; à Paris (Maternité) elle fournit 8,4 p. 100 des décès et cause la mort de 1,01 p, 100 des accouchées.

Vous voyez combien ce contingent est faible et comme cette élévation du chiffre relatif pour les opérations joue un rôle insignifiant par rapport à la mortalité générale.

Mais j'appelle votre attention sur un fait qu'on a trop méconnu jusqu'ici. Ces chiffres de 30 et 38 p. 100 que je citais tout à l'heure ne sont en aucune façon des moyennes de résultats obstétricaux, ce sont des chiffres horriblement chargés, des chiffres qui représentent pour un peu l'acte opératoire et pour beaucoup l'influence pernicieuse

de l'hôpital. Je m'explique : je dis qu'en cherchant trop l'influence des opérations sur la mortalité, on n'a pas assez vu la prodigieuse influence de l'état nosocomial sur les résultats opératoires. Celle-ci ressort d'une manière saisissante de mon relevé et peut être rendue sensible à l'œil par le tracé graphique qui suit. La ligne supérieure indique la marche pour 100 de la mortalité des opérations; la ligne inférieure, la marche de la mortalité générale.

MATERNITÉ DE PARIS.



Ces deux lignes ont une marche rigoureusement parallèle; l'une suit l'autre. Quand la mortalité générale est forte, celle des opérations l'est aussi, toute proportion gardée; si la mortalité générale baisse, il

en est de même pour l'autre. Et ces variations des résultats opératoires ne sont pas à dédaigner puisqu'elles dépassent 30 p. 100. Au reste, pour éviter toute incertitude et toute équivoque, voici les chiffres :

	Mortalité générale pour 100.	Mortalité des opérations pour 100.
1861	11,73	41,67
1862	7,49	37,50
1863	13,70	42,80
1864	20,26	46,15
1865	5,97	15,62

Ainsi d'une part les opérations interviennent faiblement dans la mortalité générale, d'autre part l'état nosocomial (indiqué par la mortalité) tient sous sa dépendance rigoureuse le résultat des opérations.

Tout le monde est à peu près d'accord pour considérer la misère, et je confonds sous cé titre la misère physique et la misère morale, l'une entraînant l'autre, comme prédisposant aux maladies puerpérales. Je ne vais pas à l'encontre de cette proposition, mais je soutiens avec la plupart de nos collègues, avec M. Tarnier, avec M. Hervieux, avec M. Le Fort, qu'elle n'est vraie que dans l'enceinte des maternités et encore il s'en faut qu'elle soit en tout temps évidente.

Cette influence n'est guère appréciable par les méthodes statistiques qu'en comparant la mortalité relative des femmes mariées et celle des filles mères, ces dernières étant en général de beaucoup les plus misérables. Déjà M. Tarnier, après avoir rappelé la différence qui existe entre les deux hôpitaux de Lyon, dont l'un ne reçoit que des femmes mariées, nous citait une statistique de trois années. Voici les résultats d'un dépouillement qui m'a été remis par le directeur de la Maternité, M. Richer.

	MORTALITÉ POUR 100	
	Femmes mariées.	Filles mères.
1855	2,90	3,98
1856	5,09	6,03
1857	3,91	2,62
1858	3,35	3,39
1859	7,57	8,36
1860	5,79	12,80
1861	6,17	12,78
1862	7,43	7,49
1863	9,45	14,66
1864	12,63	21,56
Moyennes	6,19	8,97

Pendant toutes ces années, sauf en 1857, les filles mères ont fourni un chiffre proportionnel de décès supérieur à celui des femmes mariées et la moyenne de ces dix années accuse la même différence. Celle-ci n'est probablement pas aussi considérable qu'elle devrait être, par la raison que sous la rubrique : femmes mariées, on comprend à la Maternité des veuves et des femmes séparées de leur mari qui, au point de vue de la vie matérielle, sont exactement dans la même situation que les filles mères.

J'avais pensé à un autre moyen de constater l'influence de la misère. Je m'étais dit que les femmes admises à la Maternité pendant le cours de la grossesse ne sont reçues que sur leur demande et que cette demande est dans la grande majorité des cas une preuve de dénûment. En conséquence, voulant connaître les mortalités comparées des femmes arrivant à l'hôpital pendant la grossesse, et de celles qui viennent seulement pour accoucher, je demandai au directeur de la maison des documents sur ce sujet, et il me fournit le tableau qui depuis a été publié par M. Hervieux.

Ce tableau pris en bloc peut être interprété dans le sens que j'avais pressenti, à savoir que si c'est la misère qui conduit les femmes à l'hôpital plus ou moins longtemps avant leurs couches, ces femmes misérables payent à la mort un plus fort tribu que celles qui peuvent attendre au dernier moment pour se présenter à la Maternité.

Mais ce relevé pouvait être appliqué à l'étude d'une autre question bien importante soulevée par notre collègue M. Tarnier, je veux parler de ce qu'on a nommé l'acclimatement des femmes en couches, c'est-à-dire de l'influence qu'un séjour plus ou moins prolongé dans une maternité avant l'accouchement exerce sur la mortalité des femmes qui ont séjourné.

Vous savez, messieurs, que notre collègue avait confirmé par ses propres recherches faites en 1856, l'opinion antérieurement émise par MM. Lasserre, Botrel et Charrier. En présence des chiffres nouveaux et plus considérables mis à sa disposition par l'administration de l'Assistance publique, il a abandonné cette opinion ; mais il reste dans le doute et n'ose conclure à l'influence fâcheuse du séjour antérieur à l'accouchement.

Je crois cependant que telle est la vérité. Vous allez en juger.

Le dépouillement que je possède porte sur onze années, 1855 à 1865. Il est divisé en deux catégories : d'un côté les femmes accouchées le jour de leur entrée, de l'autre les femmes ayant séjourné plus d'un jour avant l'accouchement. Pour la première catégorie le coefficient de la mortalité est 7,39 p. 100; pour la seconde, 10,21 p. 100. Pendant chacune de ces onze années sans exception, il en a été de même :

le chiffre mortuaire des femmes accouchées immédiatement restant toujours plus faible que l'autre.

Pour les années 1860 à 1865, M. Tarnier nous a communiqué une autre coupure. Les accouchées sont réparties en trois classes : accouchées le jour de leur entrée; accouchées dans les huit jours après l'entrée ; après plus de huit jours. Voici les chiffres de quelques années : 1862 : 5,93 p. 100, 9,08 p. 100, 6,70 p. 100. — 1864 : 16,32 p. 100, 19,81 p. 100, 24,76 p. 100. — 1865 : 5,27 p. 100, 5, 67 p. 100, 8,86 p. 100. Enfin les moyennes de ces cinq années sont : 10,20 p. 100, 13,14 p. 100, 12,90 p. 100.

M. Le Fort a publié dans son livre un tableau de M. Späth qui touche à notre sujet. Seulement M. Späth tient compte non des mortes mais des malades ; de plus ses coupures sont différentes de celles que je viens de citer, mais pour la facilité de la comparaison je les ai ramenées à la même formule. Voici le résultat pour l'année 1862, la seule indiquée : les femmes accouchées le jour de leur entrée donnent 18,5 p. 100 de malades ; celles qui ont séjourné huit jours, 25,4 p. 100 ; après huit jours, 21,4 p. 100.

La conclusion est dans tous les cas la même. Qu'on envisage la morbilité ou la mortalité, l'influence du séjour dans l'hôpital est fâcheuse toujours et partout, tel est le langage de la statistique au moins d'après tous les documents que nous possédons aujourd'hui.

D'ailleurs, ce n'est pas seulement la statistique qui parle ainsi, ce sont encore les faits isolés.

M. Tarnier et M. Hervieux nous ont cité les cent femmes enceintes qui, en 1862, furent indemnes de toute affection puerpérale dans le service de M. Pajot, quoiqu'en contact avec des femmes malades et mourantes. Elles furent invulnérables pendant la grossesse ; mais l'accouchement venu, avaient-elles bénéficié de l'accoutumance ? C'est M. Pajot qui va répondre : « Non, elles ne s'acclimataient pas, puisque, après l'accouchement, elles retombaient sous la loi générale et mouraient à leur tour. »

Pour être isolé, ce fait est loin d'être unique. M. Tarnier nous a appris lui-même le sort des femmes enceintes qui, lors de l'évacuation de la Maternité en 1856, furent envoyées dans d'autres hôpitaux. Celles qui entrèrent à Lariboisière où il ne régnait *pas encore* d'épidémie, y succombèrent presque toutes. Ainsi elles apportèrent avec elles la maladie qu'elles avaient puisée à la Maternité, et en furent les premières victimes après l'accouchement.

M. Labéda a vu se reproduire exactement le même fait, l'année dernière (1865) à l'hôpital Saint-Louis. Les pauvres transfuges de la Maternité périrent du feu qu'elles avaient allumé.

M. Hervieux nous rappelle des observations identiques faites en 1843 et 1844 par MM. Bidault et Arnoult à l'Hôtel-Dieu annexe : 64 femmes enceintes venues de la Clinique et de la Maternité envahies par l'épidémie, donnèrent une mortalité de 23 p. 100, tandis que dans un service voisin les femmes de la ville perdaient seulement 4 p. 100.

On a cité ces faits pour prouver la contagion. Je le veux bien. Mais ne prouvent-ils pas que loin de s'acclimater et de s'aguerrir contre les influences léthifères, ces malheureuses femmes s'en étaient imprégnées; qu'elles les portaient avec elles, en elles et que c'est dans l'hôpital, pendant leur séjour antérieur à l'accouchement, que la mort avait posé son doigt sur leur front ?

Cette influence du séjour antérieur à l'accouchement peut être prouvée encore d'une autre façon qui la précise et l'explique à la fois. Le directeur de la Maternité, qui s'occupe avec un soin constant de recueillir et de conserver les documents statistiques, avait pensé que pendant les années à forte mortalité le séjour était nuisible, tandis qu'il était innocent ou même favorable dans les années exemptes d'épidémie. M. Hervieux a indiqué ce fait dans son mémoire.

J'ai recherché ce qu'il pouvait y avoir de vrai dans cette assertion, et voici comment je m'y suis pris. La mortalité des femmes qui ont séjourné dans la Maternité dépassant toujours celle des femmes entrées au moment du travail, j'ai calculé, pour chacune des onze années de mon relevé, la valeur de cet excédant ou, en d'autres termes, la différence entre les deux mortalités et j'ai vu que cette différence est d'autant plus grande que la mortalité générale est plus élevée. D'où je tire cette conclusion que le séjour des femmes enceintes est dangereux en raison directe de l'état sanitaire. Dès lors il n'y a plus seulement opposition entre les résultats d'années excessives en bien ou en mal, mais un rapport constant entre la situation hygiénique de l'hôpital et son retentissement sur les femmes enceintes qui vivent dans ce milieu.

Je mets en regard des onze années, 1855 à 1865, d'abord la mortalité générale de l'établissement, puis la quantité dont la mortalité des accouchements après séjour dépasse celle des accouchements immédiats.

	Mortalité générale pour 100.	Différence.
1855	3,79	1,46
1856	5,86	2,46
1857	2,89	0,81
1858	3,39	2,24
1859	8,22	1,19

	Mortalité générale pour 100.	Différence.
1860	11,62	3,99
1861	11,73	4,15
1862	7,49	2,21
1863	13,70	3,20
1864	20,26	6,68
1865	5,97	1,95

Ces deux colonnes permettent d'établir un tracé dont les deux lignes sont absolument parallèles, sauf pour la seule année 1859; mais l'explication de cette unique exception est facile : la mortalité élevée de 1859 provient d'une recrudescence violente qui eut lieu pendant les mois de novembre et décembre, de sorte que les femmes enceintes qui ont pu souffrir de ce fait sont, pour un certain nombre au moins, accouchées et peut-être mortes au commencement de 1860.

Ainsi, après avoir reconnu que l'influence du séjour n'est jamais profitable, nous constatons que cette influence est d'autant plus pernicieuse que la mortalité des établissements est plus élevée. Or, mortalité et morbilité étant congénères en fait d'accouchement, il en résulte que le séjour plus ou moins prolongé n'exerce d'action nuisible qu'en raison de la puissance du milieu morbifique.

Aussi, si on suppose une maternité exemplaire où la maladie et la mort ne feraient que de rares et courtes apparitions, rien n'empêche de penser que les femmes enceintes habiteraient impunément ses murs, et même qu'y trouvant une vie tranquille, une nourriture réparatrice, une cosmétique convenable, elles acquerraient ainsi une résistance qu'elles n'avaient pas contre les atteintes de la maladie, et arriveraient à fournir un chiffre mortuaire égal ou même inférieur à celui des femmes entrant à l'hôpital pour accoucher. Cette hypothèse semble avoir un commencement de preuve : en examinant les relevés de M. Tarnier, de 1860 à 1865, on voit que la mortalité des femmes qui ont séjourné plus de huit jours, — ce qui peut vouloir dire deux ou trois mois, — est, en général, un peu inférieure à celle des femmes qui sont accouchées peu de jours avant leur entrée.

Pardonnez-moi, Messieurs, d'avoir longuement insisté sur ce point, mais outre l'intérêt que lui avaient donné les recherches de M. Tarnier, il constitue une indication importante pour l'hygiène des maternités.

Jusqu'ici nous avons vu une seule chose : c'est que certaines catégories de femmes, celles que la misère ou le chagrin a rendues

moins résistantes, qui ont été surmenées par la fatigue et la douleur, fournissent à la mort, *dans les maternités*, un contingent plus élevé que les autres. Et comme la misère est la grande pourvoyeuse des maternités, on a dit : misère et mort fréquente sont deux termes qui s'enchaînent et qui expliquent par leur lien la mortalité inexorable des hôpitaux d'accouchement.

Ce raisonnement repose sur une erreur de fait, et roule sur une erreur de méthode. L'erreur de fait a été démontrée par MM. Le Fort, Tarnier et Hervieux : hors des maternités les prédispositions individuelles s'effacent et les couches se terminent aussi heureusement sur le dernier grabat que sur le lit le plus moelleux. Même dans les maternités il y a des moments, de longs moments, où toutes guérissent en dépit de la misère, des opérations obstétricales, etc. Par conséquent il n'y a pas de lien indissoluble entre ces prédispositions et l'issue funeste de l'accouchement. C'est seulement dans les maternités, et par le fait des maternités qu'il s'établit.

Il y a une erreur de méthode, car en ne prenant que les femmes les moins misérables, les femmes mariées, qui n'ont enduré aucune opération, subi aucun accident, celles-là n'en sont pas moins durement frappées par la mort. Ce n'est qu'une question de plus ou de moins et le moins est encore infiniment trop.

Je n'insiste pas d'avantage, car je crois que nous sommes tous d'accord à cet égard, et que nous ne voyons là que des prédispositions, des aptitudes à contracter les affections puerpérales, mais nullement une cause génératrice de ces affections.

Avant de rechercher la cause ou les causes de ces affections, il nous faut compléter l'étude de la mortalité, la suivre dans sa marche, ses évolutions et ses vicissitudes. Étude capitale pour le problème qui nous occupe, elle va nous révéler des particularités qui n'ont point encore été suffisamment exposées et qui sont la clef de questions difficiles à résoudre.

Le caractère particulier de la mortalité dans les maisons d'accouchement, c'est l'irrégularité de sa marche, ce sont des variations brusques et souvent considérables qui, au premier abord, semblent échapper à toute loi. Tandis que dans les hôpitaux ordinaires, la mortalité se répartit à peu près comme la mortalité de la population générale, ce dont vous pouvez juger par ce tracé graphique où j'ai mis en regard, pour les années 1862 et 1863, la mortalité mensuelle de l'Hôtel-Dieu de Paris et celle de la France entière, dans les maternités au contraire, cette analogie est beaucoup moins intime et ne peut être perçue qu'en calculant sur les résultats accumulés d'une longue période d'années. Aussi le coefficient de la mortalité est-il

éminemment inconstant de mois en mois et d'année en année.

Jetez les yeux sur les tracés graphiques de M. Le Fort, ou sur ceux que je vous présente et qui indiquent la mortalité mensuelle de la Maternité de Paris pendant quarante ans, de 1825 à 1864, et vous suivrez du regard ces oscillations petites ou grandes, mais toujours irrégulières.

Si la mortalité est ainsi variable, il en faut conclure que la cause de cette mortalité, quelle qu'elle soit, doit aussi être variable dans sa puissance et même dans son existence, et déjà nous pouvons entrevoir qu'aucune influence permanente et constante ne fournira une explication satisfaisante des faits observés.

Cependant, à travers ces incessantes variations, on dégage une influence incontestable, celle des saisons ; j'aimerais mieux dire celle des conditions atmosphériques, terme plus général et plus vrai, tout en reconnaissant que les saisons sont les causes les plus fixes et les plus efficaces des changements de l'atmosphère.

Depuis longtemps cette influence a été plus ou moins rigoureusement étudiée et reconnue. Chez nous elle n'a guère été entrevue qu'à travers un voile, tandis qu'à l'étranger elle a donné lieu à de remarquables travaux et sans rien enlever au mérite de nos collègues et confrères, MM. Le Fort, Guyon et Hervieux, qui s'en sont occupés récemment, je crois pouvoir dire qu'aucun document précis et étendu ne s'est produit parmi nous.

J'ai utilisé pour cette étude les relevés mensuels que je viens de vous montrer et qui portent sur quarante ans (1825-1864). Ces relevés me donnaient la somme des accouchements et celle des décès pour quarante mois de janvier, de février, etc., et en soumettant à une correction méthodique l'inégale longueur des mois (sans quoi, pendant quarante ans, on comparerait les 1240 jours de janvier, par exemple, aux 1127 jours de février, plus court alors de 3 mois et 21 jours), j'ai pu établir la marche mensuelle des accouchements et des décès sur les moyennes de cette longue période.

Dès lors, au lieu d'appréciations approximatives et sommaires, j'ai eu sous les yeux des valeurs exactes et faciles à comparer.

J'insiste ici avec M. Le Fort sur la rigoureuse nécessité pour de semblables calculs d'accumuler les résultats de longues périodes, et je profite de cette occasion pour dire, sans que ce soit une critique de ma part, que le tracé graphique de la Maternité, ainsi que le relevé mensuel de la Clinique, donnés dans son livre par notre collègue, perdent beaucoup de leur valeur en raison de la courte période (cinq ans) sur laquelle ils reposent, et aussi en raison de la mortalité violente et tourmentée de cette période.

Pour le but que je me proposais, j'ai soumis la mortalité à un double calcul. D'un côté, j'ai étudié sa répartition, c'est-à-dire la quantité relative de morts qui revient à chaque mois par rapport au total général; de l'autre, j'ai établi son intensité ou la proportion des décès p. 100, pendant chaque mois. Ces deux quantités sont voisines sans être semblables, et vous comprendrez de suite que tel mois peut fournir peu de décès parce qu'il aura peu d'accouchements tout en ayant un coefficient mortuaire élevé, et inversement qu'un autre mois peut avoir un coefficient faible et fournir cependant beaucoup de décès s'il y a eu beaucoup d'accouchements.

Parallèlement à la mortalité, j'ai indiqué la fréquence ou la rareté relative, c'est-à-dire la répartition des accouchements suivant les mois.

A ces valeurs j'ai ajouté la répartition de la mortalité générale en France, calculée sur les trois années 1858 à 1860, et, pour un motif que vous apprécierez dans quelques instants, la répartition et l'intensité des décès des accouchées dans l'ancien Hôtel-Dieu de Paris, pendant dix ans, 1776 à 1785.

Tout cela est résumé en deux séries de tracés dont l'une comprend : la répartition mensuelle do la mortalité en France, celle de la Maternité, celle de l'ancien Hôtel-Dieu, la répartition des accouchements à la Maternité. L'autre série ou l'autre tableau porte encore la répartition des accouchements à la Maternité, l'intensité des décès à la Maternité, l'intensité des décès à l'ancien Hôtel-Dieu.

Pardonnez-moi, Messieurs, d'entrer dans ces détails ; il me semblait impossible que vous pussiez apprécier les résultats si vous ne saviez d'abord par quels procédés ils ont été obtenus.

En jetant les yeux sur ces tableaux, vous verrez que les mois les plus chargés de décès (répartition) sont : d'abord avril, puis février, janvier, mars ; au second rang, décembre, novembre, octobre ; au troisième, mai, septembre, août, et en dernier lieu juillet et juin.

Si au lieu de tenir compte de la quantité des décès on ne s'occupe plus que de leur nombre relatif, de leur intensité, les mois se rangent dans l'ordre décroissant qui suit : avril et octobre, de 6 à 7 p. 100 ; janvier, février, mars, novembre, décembre, mai, de 5 à 6 p. 100 ; septembre, août, de 4 à 5 p. 100 ; juillet, juin, de 3 à 4 p. 100.

Telle est l'exacte et complète vérité pour la Maternité de Paris, vérité qui devra être confirmée par d'autres établissements de la même ville ou du même pays, mais qui doit varier relativement pour d'autres pays, suivant la nature des climats.

RÉPARTITION MENSUELLE DE LA MORTALITÉ ET DES NAISSANCES.



Janv. Fév. Mars. Avril. Mai. Juin. Juill. Août. Sept. Oct. Nov. Déc.

15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4

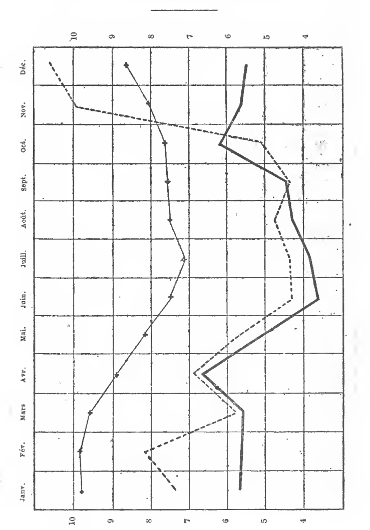
Mortalité des accouchées, ancien Hôtel-Dieu (dix ans, 1776-1785).

Mortalité générale en France (calculée sur trois ans, 1858-60).

Naissances, maternité de Paris, 1825-64.

Mortalité de la Maternité de Paris (calculée sur 40 ans, 1825-64).

INTENSITÉ MENSUELLE DE LA MORTALITÉ.



Maternité de Paris (40 ans).
Ancien Hôtel-Dieu (10 ans).
Maternité, répartition des naissances (40 ans).

Ainsi, tandis que pour nous, les deux mois maxima sont avril et octobre, à Vienne c'est mars et novembre. Le mois de novembre est le second maximum non-seulement pour Vienne, mais pour Londres et Saint-Pétersbourg, tandis que le premier maximum est rejeté en février pour ces deux dernières villes, climats maritimes. Nos mois minima sont juin et juillet; pour Londres, Saint-Pétersbourg et Vienne, c'est août et septembre. On ne manquera pas d'observer que ces déplacements des maxima et des minima prouvent, une fois de plus, l'action saisonnière.

On a cherché de bien des manières à expliquer cette influence des saisons.

L'idée la plus simple qui se présente à l'esprit, c'est que les accouchées ressentent comme tous les individus les effets favorables ou fâcheux de la température, et qu'en somme leur mortalité n'est que l'expression partielle de la mortalité générale. La marche des six premiers mois de l'année semble confirmer cet aperçu, mais à partir de là, et surtout à partir du mois d'août, il n'y a plus de parallélisme; et même si, au lieu de prendre la mortalité de la France, on prend la mortalité du département de la Seine (beaucoup mieux comparable à celle de la Maternité), on voit que le mois d'octobre est le minimum pour le département, tandis qu'il est le second maximum pour la Maternité. Autre chose est donc la mortalité générale et celle des accouchées.

Faut-il dire avec mon collègue de la Maternité, M. Hervieux, que la mortalité croît en raison inverse de la température, c'est-à-dire qu'elle augmente avec la rigueur du froid et s'affaiblit à mesure que la chaleur atmosphérique augmente? Non, cela n'est pas plus vrai à Paris qu'à Vienne. A Vienne, mars et novembre sont les maxima; à Paris, avril et octobre. Personne ne soutiendra que ces quatre mois soient les plus froids de l'année, pas plus que juin n'est le mois le plus chaud. Ce n'est donc pas la température qui joue le rôle principal.

M. Guyon insiste sur l'encombrement, et particulièrement sur cet encombrement qu'on pourrait appeler saisonnier et qui résulte de ce que les accouchements ont leur maximum de fréquence dans les mois de janvier, février, mars, avril, décembre, mai, novembre et leur minimum en octobre, septembre, août, juillet et juin. Sans nier la valeur de ce fait qui joue son rôle dans l'état variable des conditions hygiéniques, je ferai remarquer que tandis que le nombre des accouchements décroît de février à avril, la mortalité augmente d'une manière fort sensible, et d'autre part que le mois d'octobre, dont le coefficient mortuaire occupe le second rang, ne vient que le huitième

pour le nombre des accouchements et presque sur la même ligne que septembre et août. Ici donc encore pas de parallélisme exact, de telle sorte qu'on ne peut dire : accouchements nombreux, mortalité forte, et réciproquement.

J'ajoute que pour étudier cette question dans le menu détail, j'ai fait recueillir le nombre des accouchements et leur mortalité jour par jour pendant neuf années, dont quatre bonnes, 1848-1851, et cinq mauvaises, 1859-1863, et qu'il m'a été impossible d'établir un rapport quelconque entre le nombre quotidien des accouchements et le chiffre de leurs décès.

Après cette critique, deux causes subsistent. L'une a été indiquée par M. Le Fort, et acceptée par M. Tarnier. En hiver et en raison de la basse température, l'aération serait beaucoup moins parfaite, et par suite, la salubrité intérieure des salles plus défectueuse. Je le crois, non par une vue de l'esprit rationnelle et logique, mais pour la raison que je vais dire.

Dans notre dernière séance, M. Tarnier nous a rappelé le tableau saisissant et douloureux que Tenon traçait des salles d'accouchées de l'ancien Hôtel-Dieu. Dans ces salles abjectes, la mortalité ne dépassait guère celle de la Maternité actuelle : 1 p. 100 environ. C'est bien peu pour de si grands changements. Mais cette faible différence est loin de porter sur tous les mois, et c'est ici que vous comprendrez le but des tracés de l'ancien Hôtel-Dieu que j'ai donnés dans mes tableaux. Vous verrez que pendant les mois de mars à octobre, la mortalité est sensiblement la même à près d'un siècle de distance dans les deux établissements, tandis que pendant les mois de novembre, décembre, janvier, février, elle est beaucoup plus intense à l'ancien Hôtel-Dieu qu'à la Maternité, de telle sorte que la différence annuelle de 1 p. 100 pèse presque exclusivement sur ces quatre mois.

N'est-ce pas la preuve exagérée, amplifiée que les mauvaises conditions hygiéniques, défaut d'aération, méphitisme, concentration de miasmes, déterminées par l'hiver, prennent une part évidente dans les influences atmosphériques?

Mais cela ne suffit pas, et ici, messieurs, je vous demande un peu d'attention, car ce que je vais dire n'est généralement pas admis. Je crois, et c'est la seconde des causes que je mentionnais tout à l'heure, que les variations de l'état atmosphérique jouent un rôle qui s'accuse fortement en mal dans le mois d'avril et d'octobre, fortement en bien dans les mois de juin et juillet, et modérément, dans l'un ou l'autre sens, pendant tous les autres mois. Je crois que ces variations de l'atmosphère n'agissent nullement en vertu d'une puissance occulte et mystérieuse, mais qu'elles sont pour le miasme hospitalier ce que

sont les chaleurs orageuses pour le miasme paludéen, ce que sont les sécheresses prolongées pour les miasmes des grandes villes, ce que sont les temps de dégel ou d'humidité pour les miasmes de toutes les habitations.

Je désire être bien compris : je ne répète pas ce qui a été réfuté, à savoir, que l'électricité, les orages, les pluies, les tempêtes, etc., agiraient directement sur les accouchées, et feraient éclore chez elles la fièvre puerpérale. Ce que je dis, c'est que *dans l'intérieur des maternités infectées,* comme nous le verrons, les mouvements météorologiques, plus fréquents en de certains mois, rendent par leurs actions successives le miasme de l'hôpital plus subtil et plus puissant dans ses effets.

Je fonde cette opinion, je dirai cette hypothèse, car mes arguments ne sont pas encore suffisants, sur trois faits : 1° les mois d'avril et d'octobre, essentiellement variables, ont la mortalité la plus intense; 2° l'ordre dans lequel se rangent les autres mois au point de vue de la mortalité est aussi leur ordre de variabilité atmosphérique; 3° je montrerai dans un moment que lorsqu'en certaines années la constatation météorologique affecte une prédominance marquée pour la forme estivale ou pour la forme hibernale, ces deux mots pris dans un sens général, on voit la mortalité des maternités subir cette influence non plus seulement dans un même lieu, mais dans des établissements, des villes, des contrées distinctes.

En effet, messieurs, les partisans de l'épidémicité de la fièvre puerpérale, se sont complu à rappeler qu'à des époques déjà éloignées, on l'avait vu sévir en même temps dans les hôpitaux et sur la population urbaine; à Paris, par exemple, en 1746 et en 1782; à Londres, en 1769. Dans son discours à l'Académie de médecine lors de la discussion sur la fièvre puerpérale, notre éminent collègue M. Danyau disait qu'en 1819 l'Allemagne, l'Italie, la France, l'Angleterre, la Suède et la Russie avaient été simultanément atteintes.

A ces faits j'en ajouterai d'autres : en 1829, la Maternité, l'hôpital Saint-Louis, l'Hôtel-Dieu avaient tous une forte mortalité.

En 1841 et 42, la Maternité de Vienne, celle de Paris, Saint-Louis, la Clinique et l'Hôtel-Dieu; en 1853 et 1854, les Maternités de Vienne et de Paris, la Clinique et l'Hôtel-Dieu; en 1861, les mêmes hôpitaux à Paris et à Vienne subissaient en même temps les mêmes effets funestes.

C'est là le revers de la médaille; avant de tirer une conclusion, regardons-en la face. Voici ce qu'elle nous montre : en 1848, 1849, 1850, 1851 et même 1852, la mortalité des accouchées dans les hôpitaux est très-basse à la fois à Vienne, à Dresde, à Londres, à Paris, et

dans tous les services de cette ville, Maternité, Clinique, Saint-Louis, Hôtel-Dieu.

Qu'est-ce à dire? Si on veut admettre que c'est l'épidémie qui courait l'Europe en 1829, 1841, etc., admettra-t-on que l'*antiépidémie* suivait le même chemin pendant la période 1847-1851 ?

Cela n'aurait pas de sens, et cependant la logique le voudrait pour ceux qui persistent à croire à l'épidémie.

Quant à moi, je repousse cette explication et je soutiens que tous ces faits, hautes et basses mortalités, simultanés, s'expliquent beaucoup plus simplement par l'influence météorologique prédominante dans les années citées.

Je n'ai rien à dire de l'année 1819, mais qui ne sait que 1829 fut caractérisé par un froid rigoureux et persistant, que 1842 fut une année de grande sécheresse, que 1853, 1854, 1861, furent des années de tempêtes, de pluies prolongées et de trouble saisonnier profond qui eut pour résultat de produire, au moins en France, la disette des récoltes? Inversement avez-vous oublié que les années 1848 à 1851, et notamment 1848 et 1849, eurent de longs étés sans trop grande sécheresse et en conséquence d'abondantes récoltes?

Mais, pourra-t-on dire, qu'importe que l'épidémie reconnaisse pour cause une influence météorologique ou une autre influence morbifique, elle n'en est pas moins l'épidémie. Non, elle n'est pas l'épidémie, car elle sévit seulement dans les maternités; car si je découvre une simultanéité plus ou moins large dans certaines années, assez peu nombreuses du reste, en revanche, pendant toutes les autres années, je vois des dissemblances extrêmes dans des localités distantes ou rapprochées. Je vois la Maternité atteindre en 1864 le chiffre mortuaire de 20,26 p. 100, tandis que le service temporaire de Villas perdait 1,73 p. 100, tandis qu'à l'Hôtel-Dieu et à la Clinique la mortalité oscillait entre 3 et 4 p. 100. Je vois encore que ce qu'on appelle l'épidémie, au milieu de ses prédilections générales pour les maternités, ferait encore un choix parmi elles et accablerait les unes de ses tristes faveurs, tandis qu'elle oublierait presque les autres. Je vois enfin que ces épidémies puerpérales présenteraient un caractère absolument insolite, à savoir, qu'avec une puissance redoutable et parfois irrésistible dans un foyer, elles auraient une force d'expansion hors du foyer à peu près nulle.

Pour tous ces motifs, je soutiens que les maladies puerpérales ne sont pas d'origine épidémique, qu'elles ne sont pas causées par une puissance impossible à prévoir qui voyagerait dans l'air et se révèlerait seulement par ses victimes. J'apporte, à cet égard, l'appui de mes convictions motivées à l'opinion qu'a soutenue M. Le Fort, et

j'espère que nous arriverons promptement à un accord général sur cet important sujet.

M. Tarnier conserve le mot épidémie, mais, à la façon dont il s'est exprimé, je crois pouvoir dire qu'il n'existe guère de différence dans nos manières de voir. Il veut, pour qu'il y ait épidémie, que la population hospitalière et la population civile soient également atteintes. A ce compte, il n'y a plus entre nous qu'un mot, c'est-à-dire rien.

M. Guyon, lui aussi, croit au génie épidémique ; il nous dira, sans doute, prochainement sur quoi reposent ses croyances. Je n'oserais pas avancer qu'elles ne soient pas très-solides, cependant je les trouve résumées dans cette phrase écrite par lui : Toute maladie s'élevant à la puissance épidémique se double de contagion. On peut traduire : toute maladie épidémique est contagieuse. Or, qui dit contagion ne prend plus le mot épidémique que comme un adjectif de quantité sans valeur doctrinale.

Ah ! je conçois, messieurs, qu'on se rattache au mot épidémie et à l'idée qu'il recèle. C'est un aveu d'impuissance. On montre les efforts tentés, les améliorations accomplies, les hôpitaux transformés sous tous les rapports ; l'air, la lumière, la propreté substitués à l'encombrement, à l'obscurité noire et sordide, et de guerre lasse on invoque l'inconnu, l'*indémontrable*.

Le mot est commode pour se soustraire à ce que je nommais un cauchemar dans notre discussion sur l'hygiène des hôpitaux, pour échapper au poids de cette mortalité invaincue jusqu'ici des maisons d'accouchement. Mais que sert un mot s'il n'est la représentation d'un fait ? Or le fait n'existe pas, donc il faut renoncer à l'expression ou du moins ne plus la prendre que dans son sens étymologique : maladie qui frappe à la fois un grand nombre de personnes.

Il faudrait d'ailleurs se garder de croire que l'insalubrité proprement dite ne joue aucun rôle dans la mortalité des accouchées. Déjà nous avons vu son expression caractérisée à l'ancien Hôtel-Dieu et aujourd'hui encore les maternités de Bordeaux (hôpital Saint-André), Strasbourg, Nantes (ancienne), Caen, Limoges, Colmar, etc., témoignent des effets déplorables d'une mauvaise installation et montrent la maladie et la mort installées d'une manière permanente dans leurs salles. Il n'est pas nécessaire d'insister sur ce point.

Je m'arrête dans cette étude de la mortalité considérée dans sa répartition sur les différents groupes d'individus et dans sa marche si accidentée et si variable, répartition et marche qu'on ne saurait négliger dans la recherche des causes que j'aborde maintenant.

M. LE FORT. Il serait à désirer que les tableaux graphiques

dressés par M. Trélat, à l'appui de son argumentation, fussent insérés au Bulletin.

Cette proposition est adoptée.

COMMUNICATION.

Extirpation de l'utérus. — Guérison.

M. CHASSIN lit une observation d'extirpation de l'utérus, pratiquée pour une inversion complète et ancienne ; la pièce pathologique est mise sous les yeux de la Société. M. Chassin désire être compris au nombre des candidats au titre de membre correspondant national. Commissaires : MM. Tillaux, Tarnier, Guyon.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 18 AVRIL 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu les journaux de médecine de la semaine.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Désarticulation de la cuisse.

M. LARREY présente, au nom de M. Jules Roux (de Toulon), l'un de ses opérés de la désarticulation consécutive de la cuisse, et il en résume l'observation ainsi :

Un ex-sous-officier du 65e de ligne, nommé V..., avait été blessé, le 4 juin 1859, à la bataille de Magenta, par un coup de feu qui lui avait fracturé le fémur gauche à son tiers supérieur. La fracture comminutive et compliquée de plaie aurait motivé l'amputation immédiate de la cuisse, si l'on n'eût justement redouté les chances si défavorables de la désarticulation primitive.

La conservation du membre fut donc heureusement tentée à l'hôpital Maggiore (de Milan), avec le soin d'extraire toutes les esquilles détachées, en immobilisant le membre dans l'extension. La fracture ne parvint qu'à une consolidation incomplète au bout de quatre mois, et le blessé fut évacué sur Toulon, avec toutes les précautions dési-

rables. Mais l'engorgement de la cuisse, la persistance de la suppuration et la présence d'esquilles secondaires ou de fragments nécrosés rendirent insuffisante, pour la guérison définitive, l'extraction de ces corps étrangers.

M. J. Roux trouvant là d'ailleurs les signes de l'ostéomyélite qu'il a savamment décrite, crut devoir procéder à la désarticulation coxo-fémorale qu'il pratiqua, par la méthode à lambeaux antéro-postérieurs, le 4 novembre, cinq mois jour pour jour après la blessure. La réunion par des points de suture n'empêcha pas la suppuration de persister pendant longtemps encore.

L'amputé ne rejoignit son régiment qu'en juin 1860, muni d'un appareil flexible à la hanche et au genou, garni d'une double ceinture en coutil et en cuir, soutenu par des bretelles et terminé par un simple pilon. Il conserva cet appareil pendant six mois, mais son poids était si lourd en l'exposant à des chutes, qu'il dut y renoncer. Il préféra, dès lors, laisser son moignon libre, en se soutenant sur des béquilles, malgré la gêne extrême de cette nécessité. Quant à la cicatrice, elle est transversale, régulière, solide, et permettrait fort bien l'application d'un autre appareil mieux construit que le précédent.

M. Larrey, en présentant cet amputé, rappelle la sage temporisation des chirurgiens militaires de notre époque, en présence des blessures du même genre, et l'opinion nettement exposée à cet égard, par M. Legouest, dans son *Mémoire sur la désarticulation coxo-fémorale, au point de vue de la chirurgie d'armée,* opinion soutenue et développée par lui-même en 1855, dans un rapport à la Société de chirurgie sur cet excellent travail.

COMITÉ SECRET.

La Société se forme en comité secret à quatre heures.
La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 25 AVRIL 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.
La correspondance comprend les communications suivantes :
— M. le docteur Charpignon, médecin des prisons d'Orléans,

adresse une observation de *fracture du crâne*. (Commission : MM. Tillaux, Desprès, Guyon.)

— M. le docteur A. L. Thomas (de Tours) adresse, pour le concours du prix Duval, sa thèse inaugurale sur le *pneumatocèle du crâne*. De plus un mémoire sur l'*ulcération des tumeurs adénoïdes du sein*.

— M. Larrey fait hommage, au nom de M. Joseph Barnes, chirurgien général de l'armée des États-Unis d'Amérique, du *rapport sur le service médico-chirurgical pendant la dernière guerre*.

— M. Giraldès fait hommage, au nom de M. le docteur F. da Costa-Alvarenga, professeur à l'École de médecine de Lisbonne, d'un mémoire sur *l'ectocardie*.

— M. le docteur Martinenq, chirurgien de marine de première classe, adresse plusieurs mémoires sur *les épidémies de choléra* observées à Toulon pendant les années 1848, 65, 66.

La Société reçoit :

Les journaux de la semaine ;

Et le tome IIe de la 2e série des *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*.

PRÉSENTATION D'APPAREIL.

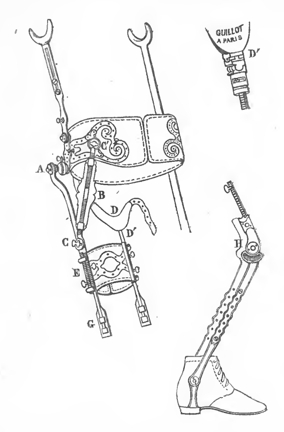
M. LÉON LE FORT présente à la Société un appareil imaginé par lui, pour répondre aux diverses indications du traitement de la coxalgie.

L'appareil que j'ai l'honneur de présenter à la Société est destiné à permettre le redressement graduel de la cuisse fléchie sur le bassin dans les cas de coxalgie, à empêcher ou mieux à diminuer la pression de la tête fémorale contre la cavité cotyloïde, tout en permettant les mouvements de l'articulation et même la marche; il peut, lorsque l'indication s'en présente, servir d'appareil inamovible, quelque position que puisse affecter le membre. Ces effets différents sont obtenus par les moyens suivants :

L'appareil, dans son ensemble, ressemble aux nombreux appareils qui existent aujourd'hui dans la science; il s'en distingue essentiellement par quelques modifications.

Entre la ceinture pelvienne et la tige fémorale externe, se trouve une pièce qu'on peut enlever ou replacer à volonté au moyen des verrous qui s'engagent dans les échancrures que portent ses plaques terminales. L'écrou allongé qui en forme la partie principale écarte ou rapproche, suivant le sens dans lequel on le tourne, les deux vis qui s'y engagent. Il est facile de voir qu'on obtient de cette manière un redressement graduel, dont le chirurgien règle à volonté l'étendue.

L'articulation du cuissard avec la ceinture consiste en une boule sphérique roulant dans une cavité, et de cette manière on obtient la



A. Articulation pouvant être immobilisée en resserrant la vis placée au-dessus.
B. Double écrou destiné à régler l'extension du membre.
C, C'. Verrous permettant d'enlever ou d'appliquer l'écrou mobile.
D. Point d'appui pour l'ischion.
D'. Articulation de cette pièce, avec l'attelle interne.
E. Double crémaillère.
G. Pièce employée lorsque le point d'extension est pris au-dessus du genou.
H. Pièce de rechange employée lorsque l'extension est faite sur la jambe et sur le pied.

possibilité de mouvements de flexion, d'extension, d'adduction, d'abduction et de circumduction, à peu près dans la même étendue que dans l'articulation de la hanche.

Mais, si l'écrou étant enlevé, après avoir obtenu la rectitude du membre, on veut, par suite de la réapparition de quelques douleurs, revenir à l'immobilité, il suffit de tourner la vis placée à la partie supérieure de l'articulation. Cette vis rapproche les deux parties d'un collier qui serre, comme dans un étau, la sphère articulaire et l'appareil est immédiatement transformé en appareil inamovible.

L'extension peut, comme dans l'appareil de M. Sayre (de New-York), être faite au moyen d'une genouillère lacée au-dessus du genou, à laquelle s'attachent des courroies qui viennent se boucler sur la face extérieure des tiges interne et externe, après s'être réfléchies dans les ouvertures dont est creusée l'extrémité de chacune de ces tiges. Une double crémaillère permet de pratiquer l'extension avec toute la force désirable.

Mais dans l'appareil de M. Sayre, le point d'appui est pris sur l'ischion au moyen d'un cylindre élastique attaché à la ceinture pelvienne; j'ai cru préférable de prendre ce point d'appui de la même façon que dans tous nos appareils de prothèse après l'amputation du membre inférieur. Seulement j'ai fait subir à la manière de prendre ce point d'appui une modification qui m'a paru indispensable et applicable à tous les membres artificiels. Le cuissard, appuyant sur l'ischion, est mobile avec la cuisse; il frotte donc sur les parties auxquelles il répond et sur lesquelles il appuie; de là des excoriations et quelquefois pis. Au moyen d'une triple articulation dont on se rendra facilement compte à l'inspection de la petite figure partielle, la pièce ischiatique jouit de tous les mouvements sur la tige qu'elle surmonte; mais elle reste immobile sur l'ischion, quels que soient les mouvements imprimés aux membres.

Si au lieu de faire l'extension suivant le procédé américain on veut la pratiquer sur la jambe et le pied, il est facile de substituer la pièce jambière dessinée à part, aux tiges mises en place sur le dessin principal. Si même la jambe avait aussi besoin d'être redressée, une pièce en arc de cercle, dans les crans de laquelle s'engage une vis construite à la façon de celles qui articulent les branches du forceps, permet de maintenir fixe la flexion ou l'extension du genou.

Quant aux béquillons, limités dans leur mouvement par un moyen très-simple, ils peuvent être placés ou enlevés à volonté.

Je crois, messieurs, qu'on peut avec cet appareil remplir toutes les indications du traitement mécanique de la coxalgie, obtenir le redressement graduel ou maintenir le redressement obtenu par le chlo-

roforme, avoir à volonté la mobilité et l'immobilité, empêcher la pression des surfaces articulaires l'une contre l'autre, faire exécuter au membre des mouvements de rotation en dehors et d'abduction aussi bien que les mouvements de flexion et d'extension.

J'ajoute que cet appareil a été, sur mes indications, construit avec une grande habileté, par un jeune et consciencieux fabricant, M. Guillot.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Carie du rocher. — Ulcération de la carotide interne. — Ligature de la carotide primitive.

M. BROCA, en présentant à la Société la pièce anatomique incomplétement disséquée, avait conclu à l'ulcération d'une branche de la carotide externe. La stylo-maxillaire ou la maxillaire interne, pour ainsi dire comprises dans les parois d'un abcès, avaient été soupçonnées. Une dissection complète a montré qu'il s'agissait d'une ulcération de la carotide interne dans le rocher.

La dissection est donc venue confirmer le diagnostic porté par M. Broca et que le premier examen de la pièce lui avait fait abandonner.

Ainsi qu'il l'a dit à la Société, M. Broca avait eu le projet de lier la carotide interne, le vaisseau serré dans le fil était la carotide primitive, ce dont il fut possible de s'apercevoir sur le vivant en constatant la suppression des battements dans la temporale.

Tous ces détails sont consignés dans l'observation suivante, recueillie par M. Joly, interne du service.

S... (Étienne), quarante-sept ans, plâtrier, est admis le 21 février 1866 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Axenfeld.

Il raconte qu'il tousse depuis environ un an. Étant soldat il a eu les fièvres et une ascite qui disparut à la suite de sueurs profuses. Depuis deux mois environ il est sourd de l'oreille droite, par laquelle s'est écoulé et s'écoule encore un peu de pus.

Le 15 février, au milieu de son travail, tout à coup et sans douleur, il sentit que le sang lui montait à la tête et s'écoulait par son oreille droite en quantité assez considérable. Cette hémorrhagie se reproduisit plusieurs fois les jours suivants et le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Le 21 février, jour de son admission, nouvel écoulement, presque en jet, d'un sang vermeil et rutilant. Le malade est dans un état d'anémie profonde. Signes manifestes de tuberculisation aux deux sommets; existence d'une caverne à droite.

Sous l'influence du repos, pendant les trois premiers jours, pas d'écoulement sanguin.

Le 25, hémorrhagie très-abondante, tamponnement de l'oreille.

Le 28, le tampon s'était dérangé. Écoulement peu abondant.

Le 4 mars, à deux heures du matin, hémorrhagie très-abondante, qui dure jusqu'à sept heures et se fait sans douleur. Quelques bruissements dans l'oreille droite précèdent l'écoulement dont le malade n'est averti que par la sensation d'un liquide chaud.

L'inspection do l'oreille ne fournit aucun renseignement sur la source de l'hémorrhagie. Le malade affirme que le sang ne descend jamais dans la gorge. Une seule fois, dit-il, il a coulé une petite quantité de sang. Quand on le fait souffler, le nez et la bouche fermés, il prétend sentir son oreille se gonfler. L'air ne sort pas par le conduit auditif externe.

Le 10, hémorrhagie légère qui s'arrête par l'eau fraîche et la compression sur l'oreille. Anémie de plus en plus profonde. Un peu de scorbut des gencives qui saignent au moindre contact. Toute la face est douloureuse.

Le 13, hémorrhagie, 100 grammes de sang environ.

Le 17, à quatre heures, nouvelle hémorrhagie ; elle dure six à sept minutes, et s'arrête pour reparaître un quart d'heure après ; 600 grammes de sang.

Le 21, nouvelle hémorrhagie. Tamponnement.

Le 25, hémorrhagie très-considérable. Le sang sort en bouillonnant de l'oreille ; il est rouge vermeil et provient évidemment d'une voie artérielle.

Le 26, en présence de ces hémorrhagies répétées, M. Broca se décide à pratiquer la ligature de la carotide ; il fait passer le malade dans son service, salle Saint-Ferdinand, n° 16.

Opération. — Le malade est chloroformé pour la recherche du vaisseau, qui se fait au moyen d'une incision le long du bord du sterno-mastoïdien. Cette incision dépasse en haut de plusieurs centimètres le bord supérieur du cartilage thyroïde. M. Broca so proposait de lier la carotide interne. L'artère mise à nu, on passe un fil sous elle, et le malade, réveillé au moment de la ligature, n'éprouve aucun trouble cérébral; il continue même ses phrases interrompues seulement par un cri de douleur au moment où on serre le nœud. La plaie est pansée à plat, et le malade reporté dans son lit.

La journée est assez bonne, pas d'hémorrhagie par l'oreille, ni de troubles cérébraux.

Le 27, le malade n'a pas dormi, mais la fièvre est modérée ; il a de l'appétit. La vision de l'œil droit est un peu troublée. Il n'a plus

de bourdonnements d'oreille qu'il avait d'habitude du côté malade, mais il en accuse de très-intenses du côté sain.

Le 28, la plaie va bien. Un peu de gêne et de douleur dans la moitié droite de la tête. La circulation cérébrale s'est rétablie sans accident.

Le 30, rien de nouveau, la plaie va bien. Écoulement abondant de pus par l'oreille.

Les jours suivants, le malade se plaignant de l'affaiblissement de la vue du côté opéré, on constate qu'en effet il ne peut lire avec cet œil que les très-gros caractères. L'examen ophthalmoscopique ne montre aucune lésion appréciable ; peut-être un peu moins de turgescence des vaisseaux rétiniens.

La toux augmente. Un peu de dyspnée.

Le 7 avril, dans un effort de toux, il s'écoule quelques gouttes de sang par l'oreille, ce suintement est facilement arrêté par une compression légère. Du reste jamais, au dire du malade, il n'était resté aussi longtemps, avant l'opération, sans avoir d'hémorrhagie.

Le 8, le sang continue à couler en petite quantité dans les efforts que fait le malade d'ailleurs très-indocile.

Les 9 et 10, même tendance à l'hémorrhagie, glace en permanence sur l'oreille. L'écoulement s'arrête pour ne plus reparaître.

Le 15, le fil est tombé sans hémorrhagie ; la plaie de la ligature est recouverte par une croûte qui, de temps en temps, se détache pour livrer passage à une petite quantité de pus.

Mais la phthisie pulmonaire fait des progrès rapides. Fièvre le soir. Toux continuelle. Étouffements qui fatiguent beaucoup le malade.

Le 22, *mort*, par suite des progrès incessants de l'affection tuberculeuse.

Autopsie. — Les poumons sont infiltrés de tubercules, surtout les deux sommets. Caverne à droite.

On enlève le tronc brachio-céphalique, les carotides, le temporal droit, et le condyle du maxillaire inférieur.

Examen de la pièce. — La ligature a porté sur la carotide primitive à un centimètre et demi au-dessous de sa bifurcation. Les deux bouts de l'artère, coupée par le fil, se sont rétractés. Sur le bout inférieur, les parois artérielles froncées forment un entonnoir incomplétement cicatrisé qui conduit sur le caillot. Celui-ci remplit l'artère, descend presque jusqu'à sa naissance, et se termine à ce niveau par une extrémité arrondie qui n'occupe pas tout le calibre du vaisseau.

Au bout supérieur la cicatrisation est moins avancée et le caillot,

moins adhérent, se laisse assez facilement décoller. Il remonte jusque dans le canal carotidien.

Il y a, entre les deux bouts de l'artère et dans la gaîne celluleuse, un petit foyer purulent qui communique avec l'extérieur.

Le conduit auditif est carié, la membrane du tympan détruite, et un petit abcès a décollé les muscles et s'est logé entre l'apophyse styloïde et le col du condyle ; il est longé par l'artère maxillaire interne et par l'artère stylo-mastoïdienne qui est très-volumineuse. Ces deux artères sont comprises dans l'épaisseur des parois de l'abcès. On a cru d'abord que c'était l'une d'elles qui avait fourni le sang des hémorrhagies. Mais une étude plus approfondie a démontré qu'elles n'étaient pas perforées.

Un trait de scie détache toute la partie interne du rocher qui est saine. L'adhérence de la dure-mère à ce niveau est normale.

Un stylet introduit dans la carotide par l'orifice interne du canal carotidien, vient heurter la paroi de ce canal, indiquant ainsi une ulcération de l'artère à ce niveau.

Sculptant alors avec la gouge le canal carotidien, on arrive jusqu'à l'oreille moyenne. La caisse du tympan est cariée, la chaîne des osselets détruite ; un ou deux seulement de ces petits os restent encore ; le stylet introduit dans l'artère pénètre librement dans cette caisse, en soulevant une petite lamelle d'os carié, dernier vestige de la paroi du canal carotidien.

Trois stylets portés, l'un par la carotide, l'autre par le conduit auditif, le troisième par la trompe d'Eustache, viennent se rencontrer tous trois dans la caisse du tympan.

M. LE FORT. Je demanderai à M. Broca pour quelle raison il aurait préféré lier la carotide interne. J'ai fait une statistique de deux ou trois cents cas de ligature de la carotide, la moitié des malades sont morts par le cerveau. Je serais disposé à préférer, en principe, la ligature de la carotide primitive à celle de la carotide interne.

M. BROCA. Une statistique moins étendue m'a aussi démontré les dangers de la suppression brusque d'une partie de la circulation cérébrale. Mais j'avais surtout ici à me préoccuper de l'hémorrhagie. Il fallait à tout prix que le malade fût mis à l'abri d'une nouvelle perte de sang. La ligature de la carotide interne évitait plus sûrement ce danger.

DISCUSSION.

Hygiène des maternités.

M. Trélat a la parole pour continuer sa communication.

M. TRÉLAT. Jusqu'ici, messieurs, nous avons vu que dans l'en-

ceinte des maternités, la mort frappe plus souvent certains individus ou certaines catégories d'individus que d'autres ; nous avons vu encore qu'au milieu de ses incessantes variations, la mortalité obéit cependant à quelques influences générales, qui, suivant les époques, augmentent ou diminuent le chiffre relatif des morts.

Quelle que soit l'importance de ces faits, il faut les prendre pour ce qu'ils veulent dire et ne pas leur extorquer une signification qu'ils n'ont pas.

Ils disent que la mortalité suit une marche variée, mais ils ne disent pas pourquoi le niveau moyen de cette marche est toujours élevé ; ils ne disent pas pourquoi sur ce niveau moyen on observe plus ou moins fréquemment des recrudescences excessives pendant lesquelles on voit mourir le quart, le tiers et quelquefois la moitié des accouchées.

Si je me suis aussi longuement étendu sur tout ce qui précède, c'est justement pour être en mesure d'énoncer avec sécurité que ni les prédispositions individuelles, ni les influences météorologiques, saisonnières ou autres, ne fournissent l'explication indispensable à trouver de cette haute mortalité.

Celle-ci reconnaît, dans mon opinion, pour cause fondamentale, l'infection hospitalière.

Ce mot a besoin d'être défini : un hôpital dans lequel des accouchées, et surtout des accouchées malades, ont séjourné pendant longtemps d'une manière continue, est infecté ou imprégné de leurs émanations qui, sous des formes variées, poussières ou vapeurs, s'attachent d'une manière persistante aux murailles, plafonds, planchers, aux meubles et aux objets de lingerie.

Cette imprégnation est parfaitement compatible avec la bonne tenue de l'hôpital et avec la propreté des salles. Aussi est-ce avec grande raison qu'on a insisté sur ceci, qu'une habitation obscure, mal aérée, malpropre et insalubre d'une manière générale n'est pas pour cela imprégnée de miasmes spéciaux, tandis qu'au contraire un local salubre et propre peut être infecté de ces mêmes miasmes. Disons donc qu'insalubrité et infection sont deux choses distinctes qui pourront, suivant les circonstances, exister séparément ou concurremment.

Il importe qu'on soit bien fixé sur cette différence essentielle et quoique M. Tarnier nous ait déjà fait voir toute la distance qui sépare, au point de vue des suites de couches, la plus misérable demeure de l'hôpital le plus parfait, quoique M. Hervieux se soit attaché dans son travail à bien définir l'infection hospitalière, je ne crois pas réclamer inutilement votre attention en l'attirant sur la comparaison de ces deux influences nuisibles, trop longtemps confondues au grand

préjudice des malades que l'infection tue dans un milieu salubre, tandis qu'elles guérissent dans leurs taudis salubres ou non.

Je dirai tout à l'heure les preuves de l'infection, mais si pour un moment vous voulez bien admettre la réalité de sa puissance, vous comprendrez pourquoi, abstraction faite des épidémies, on observe presque en tout temps dans les maternités, des affections septiques plus ou moins graves, plus ou moins curables, de celles qu'on appelle localisées et qui portent les noms de métrite, péritonite, phlébite, angioleucite, etc.; vous comprendrez pourquoi ces états pathologiques, qu'on rencontre aussi hors des hôpitaux, sont néanmoins beaucoup plus fréquents dans les services d'accouchements même les mieux tenus; vous comprendrez encore comment il se fait que de temps à autre la situation sanitaire semble chancelante et révèle, par ce trouble plus ou moins profond, la tempête qui va éclater. C'est là ce que M. Guyon appelle le cortége précurseur des épidémies, cortége dont M. Blot nous parlait dernièrement à propos de l'ophthalmie des nouveau-nés. Je ne vois, quant à moi, dans ce fait que l'influence de l'infection, exagérée à de certains moments, soit par de mauvaises mesures hygiéniques, soit par un encombrement temporaire, soit par une action météorologique.

Que cet état de choses persiste et bientôt les malades se multiplient; les maladies revêtent un caractère grave, elles frappent d'une manière soudaine et violente, leur marche s'accélère vers le terme fatal qui est atteint en peu de jours et parfois en quelques heures. C'est alors que ces malades constituant chacune une source abondante de miasmes infectieux, on voit s'ajouter à l'infection ancienne, l'infection actuelle plus puissante, plus continue, plus efficace et déterminant une véritable contagion d'autant plus redoutable que le voisinage est plus grand, d'autant plus cruelle dans ses effets que le nombre des accouchées exposées est plus considérable.

Aussi, quand les conditions de la contagion se réalisent, c'est-à-dire quand une ou plusieurs malades sont en contact avec des femmes en couches bien portantes jusque-là, quels que soient l'âge et le tempérament de ces femmes, quelle que soit la saison, quel que soit l'établissement, on voit la mortalité prendre un accroissement subit et proportionnel, quant au total, au nombre des habitantes de l'hôpital. Cela est la cause de ces prétendues épidémies qui sévissent isolément tantôt dans une maternité, tantôt dans une autre, témoignant ainsi que leur source est bien dans la maison où elles restent confinées.

En somme, infection permanente, contagion accidentelle plus ou moins fréquente, tels sont dans ma pensée les deux génies malfaisants qui règnent sur les maternités.

Dès lors on s'explique sans embarras ces sortes d'épidémies sub-intrantes ou mieux ces mortalités continues rémittentes qui ont été observées dans les établissements les plus divers et que nous voyons assiéger depuis huit années consécutives la Maternité de Paris. C'est qu'on ne se débarrasse pas aisément de l'infection ; comme le feu sous la cendre, elle couve sous les couches de peinture; à la première occasion elle se manifeste et ne tarde pas à rallumer les torches funèbres de la contagion.

Notre collègue M. Tarnier, d'accord avec M. Hervieux, ne distingue pas la contagion de l'infection. Je reconnais qu'elles s'unissent par des liens étroits, que l'une est fille de l'autre, mais je soutiens que ce sont deux choses distinctes. Sans doute l'émanation délétère qui porte la contagion est la même que celle qui imprègne les murailles. Mais le mot infection indique non la production des miasmes, mais uniquement la faculté que possèdent les parois et les meubles des locaux habités de fixer et de conserver ces miasmes.

Et d'ailleurs on peut saisir dans certaines circonstances l'action isolée de l'une ou de l'autre influence. Qu'une fièvre puerpérale éclate dans une maternité toute neuve, spacieuse, aérée, qu'elle y fasse en peu de temps deux ou dix victimes, invoquera-t-on l'infection? Cela n'aurait pas de sens. La contagion seule peut être mise en cause. Ce n'est pas un fait raro que de voir des établissements neufs envahis au bout de très-peu de temps par la fièvre puerpérale. La Maternité de Paris, la Clinique et bien d'autres pourraient me servir d'exemple. D'autre part, prenez un petit hôpital ou un petit service d'accouchements comme ceux qui existent dans les villes de province, Avignon, Montpellier, Angoulême, etc., où le nombre des accouchements est très-peu considérable et où on n'a jamais vu, dit-on, d'épidémie; là la mortalité est encore de 3 à 4, 5 pour 100. Là c'est l'infection qui agit seule.

Si j'insiste sur cette distinction, ce n'est pas seulement parce qu'elle est rationnelle, parce qu'elle précise les termes, mais encore parce que la prophylaxie doit tendre vers l'un et l'autre sens, parce qu'il y a là deux indications séparées qui demandent chacune à être remplies par des moyens propres.

Je ne voudrais toucher ici à aucune question de doctrine en matière de pathogénie; cependant je ne puis passer sous silence une opinion que je crois peu fondée et que je considère comme dangereuse dans ses conséquences. Suivant elle, les mêmes affections puerpérales seraient contagieuses dans certains cas, non contagieuses dans d'autres. C'est l'absence ou l'existence de l'état épidémique qui établirait la distinction. Il en résulterait que hors les temps d'épidémie, on

pourrait relâcher la discipline et ne plus veiller avec le même soin à l'exécution des mesures hygiéniques.

Sur quoi se fonde cette assertion? Sur ce fait souvent invoqué et mal interprété, que toutes les fièvres puerpérales ne déterminent pas une contagion évidente. Mais dans quel code pathologique est-il écrit que toute maladie contagieuse doive toujours étendre son action sur le même nombre d'individus? D'ailleurs, qui connaît *toutes* les circonstances qui annulent, retardent, ralentissent ou accélèrent et accroissent la puissance de la contagion? Personne assurément. Disons donc simplement que la contagion n'est pas nécessaire et fatale, qu'elle peut manquer de même qu'un corps inflammable peut, suivant le cas, ne pas s'enflammer ; mais de ce que l'effet habituel n'apparaît pas, n'allons pas conclure que la cause fait défaut. Ce serait un procédé de raisonnement trop simple pour l'appliquer aux faits si complexes de la pathogénie. Et surtout gardons-nous de croire à la fallacieuse innocuité d'aucune fièvre puerpérale. Nous nous réserverions d'amères et trop fréquentes déceptions. Quand tout brûle, il est trop tard pour s'assurer et l'étincelle peut allumer l'incendie aussi bien que le brasier. Tout dépend des conditions particulières, et si la contagion atteint sa toute puissance pendant les épidémies, si elle fait les épidémies, sachons, au lieu de la subir, l'empêcher de naître et de se développer en la frappant dans son germe, en éloignant dès le début tout cas de maladie, si bénin qu'il paraisse.

Je viens de chercher à établir les rôles respectifs que l'infection et la contagion jouent dans le drame des maternités; permettez-moi de vous dire maintenant sur quelles preuves me paraît reposer l'existence de ces influences délétères.

Voyons d'abord pour l'infection. Sauf de très-rares exceptions, la mortalité varie dans les maternités entre 2 et 5 ou 6 pour 100, année moyenne exempte d'épidémie. Cela s'observe dans des établissements d'aspect propre et salubre où on ne peut invoquer ni la mauvaise tenue, ni l'encombrement. Quelle raison plausible donnera-t-on de ce fait si général? Je n'en vois qu'une seule : l'hôpital est infecté; il constitue un milieu infectieux.

Autre observation : dans les maternités qui comptent de longues années de service, on remarque que les mortalités exceptionnelles sont d'autant plus violentes qu'il s'est écoulé plus de temps depuis l'ouverture de l'établissement. Ainsi, à une époque voisine du début, une année dite épidémique donnera 6 pour 100; quelques années après on touchera le chiffre de 7 ou 8 pour 100; plus tard 9, ensuite 10, puis 15 et 20 pour 100, etc. Les années intermédiaires plus ou moins nombreuses présenteront les résultats très-variables que nous con-

naissons déjà. Dans certains hôpitaux, les fortes mortalités deviendront en même temps plus élevées et plus fréquentes.

Ces faits ont une double signification. Ils appartiennent pour une part à la contagion, mais ils prouvent aussi que la contagion semble d'autant plus énergique que la Maternité est occupée depuis plus longtemps par des femmes en couches, c'est-à-dire infectée.

La Maternité de Vienne de 1784 à 1847, celle de Prague de 1848 à 1862, celle de Paris de 1802 à 1865, l'ancienne Maternité de Leipzig de 1810 à 1865, offrent des exemples caractéristiques.

On me dira peut-être que cette sorte de loi souffre des exceptions très-nombreuses, si nombreuses qu'elles annihilent la règle que je viens de poser.

Je n'ignore pas ces exceptions apparentes. Les deux services de Vienne depuis 1848, à Paris les services des hôpitaux Saint-Louis, Saint-Antoine, Hôtel-Dieu, les Maternités de Saint-Pétersbourg, celles de Dresde, de Londres, de Rouen, de Dublin, ne témoignent nullement de cette marche ascendante ni du rapprochement des fortes mortalités.

Ces exceptions n'en sont pas. Dans tous ces hôpitaux l'infection a été ou prévenue ou combattue, voilà le secret. C'est en 1848 qu'ont commencé les réformes sérieuses opérées à la Maternité de Vienne, et constamment poursuivies jusqu'ici. Les deux établissements de Saint-Pétersbourg ne nous sont connus que depuis 1845 et on sait par les travaux des médecins russes quels soins on apporte à la conservation de leur salubrité. Les Maternités de Dresde et de Londres ne font guère plus de 3 à 400 accouchements par an; condition éminemment favorable. Si les services des hôpitaux de Paris ont présenté, sinon une aggravation constante, du moins des variations très-fortes et irrégulières, cela tient à ce que ces services ont eu des installations diverses et que parfois on a fait d'excellente hygiène, un peu comme M. Jourdain faisait de la prose, sans le savoir; le changement des salles a été une mesure des plus efficaces.

La Maternité de Rouen donne, vous le savez, des résultats enviables : 1,66 p. 100 de mortalité en onze ans, 0,70 p. 100 pour les sept dernières années. Mais au début en 1856 et 1858, il y a eu des mortalités de 3,44 p. 100 et de 6,45 p. 100. L'habile médecin qui dirige cette maison, M. Hélot, prit alors ses mesures en conséquence et il nous racontait dans la visite que M. Tarnier et moi lui avons faite il y a quelques jours, comment il était arrivé à combattre avec avantage l'infection nosocomiale. Extrême propreté, très-grand espacement, très-long repos avec aération des salles, voilà ses moyens. Vous en apprécierez mieux la portée quand vous saurez que sur 44 lits le quart

seulement est occupé; qu'un même lit ne sert pas à dix femmes par an, c'est-à-dire qu'il est inoccupé pendant les trois quarts du temps. Dans ces conditions on comprend que l'infection ne soit pas possible, mais vous jugerez l'étendue des sacrifices d'espace et de matériel nécessaires pour se tenir en garde contre le poison puerpéral.

Dublin est encore plus remarquable en raison de la longue période pendant laquelle on peut le suivre et du nombre annuel des accouchements (plus de 2,000). Les chiffres moyens de mortalité décennale suivis pendant cent ans ont varié entre 0,9 p. 100 et 1,7 p. 100. Mais qui ignore que cet établissement est depuis bien des années considéré comme un modèle tant sous le rapport de l'aménagement que sous celui de l'organisation intérieure ?

Ce qui ressort de tout cela, c'est que suivant la manière dont on a combattu l'infection, les résultats ont été bons, médiocres ou mauvais et que ces derniers sont devenus de plus en plus mauvais avec le temps partout où les précautions nécessaires ont été négligées.

Quant à la contagion, suivant la juste remarque de M. Tarnier, elle est difficile à prouver à l'hôpital. Vous dites contagion, on vous répond épidémie. Aussi est-il nécessaire de choisir pour cette importante démonstration des faits où la contagion se montre pour ainsi dire à l'état de pureté. Non-seulement on a fait voir que des accouchées malades ont contaminé des accouchées saines près desquelles elles étaient transportées, mais encore on a montré l'accoucheur ou la sage-femme servant eux-mêmes de véhicule involontaire et inconscient au miasme puerpéral. Après les exemples cités par M. Danyau, par MM. Depaul, Hervieux, Le Fort, après ceux que je viens de lire dans la récente traduction de Fl. Churchill due à MM. Wieland et Dubrisay, il ne me paraît plus possible de révoquer en doute que la contagion puisse s'opérer par l'intermédiaire des tiers et *à fortiori* que la contagion soit possible.

Notre collègue M. Le Fort a donc bien fait de rappeler avec insistance ces cas frappants de contagion. Ils ont au point de vue de la preuve scientifique un prix incontestable. Mais là où M. Le Fort se trompe, à mon sens, c'est dans la valeur effective qu'il attribue à cette forme de la contagion. Peut-on oublier que ce sont là des faits rares, péniblement collectionnés depuis longtemps et dont le nombre, malgré ces recherches attentives, est resté fort restreint ?

Il ne faut pas compromettre une bonne cause par l'exagération et c'en serait, je crois, une excessive que de mettre sur le même plan la contagion directe d'accouchée à accouchée et la contagion par des tiers. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que ces faits ont donné lieu aux plus misérables imputations; aussi est-il nécessaire d'énoncer cette

vérité qu'on ne démentira pas : la transmission des maladies puerpérales par des tiers est possible, mais ce mode de transmission est, d'après tous les documents connus, excessivement rare, et je maintiens cette opinion jusqu'à ce qu'on me prouve de par la statistique que la part d'influence qui revient à la contagion indirecte dans la mortalité d'accouchées quelconques, à l'hôpital ou au dehors, est égale à celle de la contagion directe.

Quoique l'hôpital soit un champ d'observation un peu obscur pour le sujet qui nous occupe, j'ai suivi avec soin les faits qui se sont produits dans mon service pendant les derniers mois. La situation sanitaire était alors fort mauvaise à la Maternité; elle se traduisait en janvier et février par les chiffres de 7,84 et 27,18 p. 100.

Je reçois et je traite dans ma salle spacieuse, bien éclairée, propre et ne contenant que huit lits, toute accouchée qui a subi une opération légère ou grave. Il en résulte donc que, sauf accident, les clientes de mon service m'arrivent en bon état de santé.

Dans ces conditions, voici comment les choses se sont passées.

Dans le courant de décembre dernier la convalescence de mes accouchées était moins franche que précédemment; plusieurs avaient des malaises, des douleurs abdominales; cependant elles guérissaient. Le 18 décembre, une femme H... accouchée depuis quatre jours et placée au numéro 5 se plaignit de souffrir dans le ventre; le lendemain frisson; elle mourait le 26 après huit jours de maladie.

Le 8 janvier, la femme J... prend le lit numéro 7 après un accouchement laborieux (céphalotripsie pour la seconde fois), accidents immédiats et graves, mort le 17.

En face du numéro 7, la femme R... était couchée au numéro 1. Je la considérais comme guérie d'une péritonite qui avait suivi son accouchement, remontant au 26 décembre. Vers le 22 janvier douleurs vives dans le ventre et la fesse, recrudescence de la péritonite, vaste abcès sous-musculaire de la fesse; mort le 29 janvier.

Quelques jours se passent. La salle ne contenant plus de malades graves est largement aérée; on renouvelle les literies suspectes.

La femme D... occupe, après une application de forceps à la vulve, le lit numéro 3 (9 février). Le 10, frisson; mort le 14; quatre jours de maladie.

Ce même lit complétement renouvelé est pris le 18 février, quatre jours après la mort de la précédente occupante, par la malade R... (version); elle mourait au bout de cinq jours, le 23 février.

Sa voisine numéro 4, femme C... accouchée avec le forceps le 20, a un frisson le 22 et meurt le 26 février.

Huit jours s'écoulent sans nouvelles invasions. Le 5 mars, la femme L... est placée au numéro 1, accidents immédiats, mort le 9.

En présence de ces revers, de ces invasions précoces et de cette marche rapide des accidents, j'abandonne ma salle et je transporte mon service dans la salle Sainte-Adélaïde, éclairée d'un seul côté, très-inférieure à la salle Sainte-Marguerite, mais habituellement inoccupée.

Là je reçois le 20 mars une éclamptique, G..; coma léger, fièvre, ictère; le 22, péritonite évidente; mort le 30.

La femme S... robuste et résolue est accouchée avec le forceps le 26 mars. Elle est placée à côté de la malade précédente (pour profiter du voisinage de la fenêtre). Les premières vingt-quatre heures se passent très-bien, mais après ce temps, frisson violent et prolongé, mort au bout de cinq jours, le 1er avril.

J'ajoute enfin que je soignais pendant le mois de février, dans la salle Sainte-Marguerite, une jeune nourrice qui avait un abcès du sein. Elle fut prise d'un érysipèle ambulant des plus graves et fut considérée par tous comme perdue. Elle guérit cependant.

Tel est le tableau succinct des faits qui ont passé sous mes yeux. Les cas de maladie s'enchaînent les uns avec les autres presque sans interruption, et là où naguère je suivais des guérisons faciles et parfois surprenantes (déchirures du périnée, du vagin, du col utérin), je vois maintenant les accidents les plus pernicieux saisir mes malades très-rapidement, très-brusquement et les conduire en quelques jours à la mort. Quel changement s'est donc produit et à quelles causes rapporter de si désolants résultats?

Qu'on nie la contagion chez quelques-unes de mes malades, j'y consens, quoique j'en doute; mais pour les femmes D...., R... et C...., lits nos 3 et 4 d'une part, pour les malades G.... et S ... d'autre part, il me semble impossible, à moins de parti pris absolu, de ne pas reconnaître la contagion dans toute son évidence. Je me rappelle surtout les femmes Court.... et Steig.... qui ferment chacune leur série; elles étaient en très-bon état après l'accouchement, nullement prédisposées; vingt-quatre heures pour l'une, quarante-huit heures pour l'autre ont suffi pour leur faire sentir le frisson mortel.

Si je reconnais aujourd'hui la puissance de la contagion, ne croyez pas, messieurs, que j'aie été depuis longtemps prévenu en sa faveur. Bien loin de là. Depuis plus de deux ans que je suis à la Maternité, réfléchissant et observant la marche fluctuante et capricieuse de la mortalité, j'ai souvent hésité dans mes appréciations. Insalubrité ospitalière, épidémie, infection et contagion, je penchais tantôt vers l'une, tantôt vers l'autre, me roidissant toutefois contre la contagion

dont je n'apercevais pas la preuve. Après bien des lectures et des méditations, il a fallu les faits que je vous ai cités pour achever de me convaincre.

En récapitulant tout ce que j'ai eu l'honneur d'exposer devant vous, nous arrivons à quelques conclusions simples et claires.

Dans les maternités certaines catégories de femmes sont généralement, mais non toujours, plus exposées à contracter les maladies puerpérales.

Certaines conditions météorologiques, les unes régulières dans leur marche (saisons), les autres irrégulières (prédominance annuelle des états atmosphériques), favorisent ou atténuent le développement des maladies puerpuérales. — J'ignore si ces conditions pèsent exclusivement sur les maternités ou si elles se font sentir chez toutes les accouchées indistinctement.

Quelle que soit l'importance de ces faits comme science et comme application , ils n'expliquent pas la haute mortalité des Maternités.

Cette explication doit être attribuée à l'influence prépondérante de deux causes : l'infection et la contagion.

L'infection, forme toute spéciale d'insalubrité, maintient le chiffre de la mortalité moyenne (abstraction faite de toute épidémie) à un niveau toujours trop élevé.

La contagion, fait accidentel plus ou moins fréquent suivant les circonstances, détermine ces mortalités violentes auxquelles on donne le nom d'épidémie, et qui sont d'autant plus graves, que le nombre des accouchées voisines est plus élevé.

Si ces faits sont vrais, comme j'ai lieu de le croire, puisque jusqu'ici nous semblons tous d'accord, sauf quelques nuances sans valeur, quelles déductions faut-il en tirer ? quels principes d'hygiène doivent en résulter ? qu'y a-t-il à faire pour lutter avec avantage contre ces ennemis reconnus ?

La saison froide, avons-nous dit, et particulièrement les changements de saison, accroissent le danger des maternités. Il faut donc prévoir ce danger, s'opposer par la création de moyens temporaires à l'encombrement qui peut résulter de l'accroissement normal des naissances, redoubler les précautions hygiéniques que nous allons indiquer, guetter les premiers indices de la contagion et y couper court par la séquestration et l'isolement promptement et radicalement exécutés.

Mais ce qui est plus important encore, c'est la prophylaxie générale de l'infection et de la contagion.

La première doit être combattue par des mesures de savante propreté, mesures régulières dont on ne doit jamais se relâcher si on

veut qu'elles soient fructueuses. Repos fréquent des salles avec large aération, blanchiment ou lavage des parois, nettoyage complet du matériel de meubles et de linge, de telle sorte qu'à chaque fois ce soit presqu'une salle neuve qui soit livrée aux accouchées, tels sont les moyens qui préviendront l'imprégnation miasmatique. Ces moyens ne laisseront pas d'être coûteux, mais nécessité fait loi, et il y a ici plus que nécessité. D'ailleurs, nous avons des exemples à suivre et il dépendra d'une administration habile de réaliser aussi économiquement que possible cette organisation indispensable.

A la contagion il n'y a qu'un remède, c'est la séparation immédiate, absolue des accouchées saines et des accouchées malades, séparation qui nécessite des bâtiments et même, suivant l'opinion de M. Le Fort que j'adopterai volontiers, des services distincts. La majeure partie, sinon la totalité de l'infirmerie destinée aux malades devrait consister en chambres séparées pour éviter la douloureuse communauté de l'agonie, et pour prolonger encore la lutte contre la contagion.

Est-il nécessaire de faire remarquer que la plus simple logique indique la nécessité d'évacuer en totalité, et très-vite, l'établissement où on ne serait plus maître de la contagion, où celle-ci serait parvenue à franchir les murs et les séparations de toute nature, si tant est que le fait puisse se produire? Toutes les prévisions sont licites en présence des résultats connus.

Par un raisonnement analogue on reconnaît qu'il n'est guère possible d'organiser le roulement, le repos des salles, leur complète aération, et surtout d'effectuer rapidement l'évacuation, si l'établissement est trop vaste. Sans m'étendre sur ce sujet qui a été traité par M. Le Fort, je dirai comme lui qu'une Maternité organisée pour faire six ou huit cents accouchements avec un espace permettant d'en faire beaucoup plus, me paraît une sage combinaison.

Nous nous occupons ici de l'hygiène des Maternités, aussi je laisse complétement à l'écart les questions relatives à la suppression de ces hôpitaux et à la transformation du secours hospitalier en secours à domicile pour les accouchements. Importants problèmes absolument différents de celui que nous examinons, ils ne peuvent trouver aucune place dans notre argumentation. Il serait temps, d'ailleurs, de les aborder s'il était prouvé qu'on a épuisé sans succès toutes les ressources de l'hygiène dans les hôpitaux d'accouchement. A cet égard je suis d'avis que si on a beaucoup fait, la carrière des améliorations utiles est loin d'avoir été courue tout entière.

Les principes que je viens de résumer brièvement, sur lesquels nous sommes tous d'accord, depuis notre éminent collègue M. Danyau,

qui a fait sa profession de foi en 1858 à l'Académie de médecine, jusqu'à MM. Hervieux, Le Fort et Tarnier ; ces principes, quoi qu'on en puisse dire, n'ont point encore été appliqués dans nos hôpitaux de Paris.

Assurément, messieurs, ce programme de précautions ne peut être rempli dans tous les établissements : il faut beaucoup d'espace, beaucoup de ressources et des moyens d'isolement, mais je laisserais volontiers aux architectes le soin de dresser tel plan qui leur conviendrait, pourvu qu'il nous permît d'atteindre avec sécurité notre but, et malgré les excellentes raisons qu'a fait valoir M. Tarnier à l'appui de son projet de maternité, je me demande encore s'il est nécessaire d'en venir, suivant la croyance de notre collègue, à la séparation de toutes les accouchées dans des chambres distinctes. Je lui concède que cela aurait des avantages au point de vue du repos et de la tranquillité des femmes en couches, sans doute même au point de vue de la contagion; mais quand je songe aux difficultés de service, d'aération et même de disposition qu'entraînerait ce mode de construction, je reste plein de doutes. D'autant plus que dans la chaleur de l'improvisation, M. Tarnier affirmait que tous les hôpitaux étant détestables, il fallait absolument abandonner la routine et faire autre chose que ce qu'on avait fait jusqu'ici.

C'est aller trop loin; tous les hôpitaux ne sont pas détestables. Dublin et Rouen sont la réponse à cette assertion trop formelle. Dans ces deux établissements on obtient de bons, de très-bons résultats sans quo toute accouchée ait une chambre à part. Dira-t-on que cela ne suffit pas et qu'il faut à toute rigueur arriver pour nos hôpitaux à cette mortalité de 0,5 pour 100 qui paraît être la moyenne de la population civile. Je ne demande pas mieux, mais commençons d'abord par avoir le bien avant de réclamer le mieux. On sait qu'ils ne sont pas toujours amis.

Je disais tout à l'heure que nos idées communes, en matière d'hygiène, n'ont pas encore reçu d'application, ou n'ont reçu qu'une application bien incomplète à Paris. Vous avez entendu M. Tarnier vous parler de la Maternité et du nouveau service de l'hôpital Cochin. Je ne veux ajouter que quelques mots sur cet établissement, et je me contente de poser des questions, laissant à M. Guyon le soin de les résoudre. N'a-t-on pas eu trop de confiance dans la virginité du bâtiment ? N'a-t-on pas cru que ses larges proportions, ses grandes fenêtres, sa propreté originelle seraient pour longtemps des garanties contre la fièvre puerpérale ? Sans parler des nettoyages de murailles, plafonds et planchers qui sûrement n'avaient pas été faits jusqu'à ces derniers temps, avait-on un personnel suffisant pour opérer le

nettoyage complet et fréquent de la literie et des meubles, et d'une façon ou de l'autre cela a-t-il été fait ?

Certes, on peut critiquer de plus d'une manière la nouvelle construction de Cochin, et si je me borne à dire qu'à part les salles, tout a été exécuté sans une étude suffisante, puisque la distribution des services a été réglée une fois le bâtiment élevé, c'est pour abréger cette communication déjà bien longue. Mais tel qu'il est, cet établissement doit pouvoir donner d'autres résultats que ceux que nous connaissons, et je crois que ces résultats vont être un aiguillon salutaire pour pousser à une recrudescence de précautions nécessaires.

Quant à la Maternité, je répondrai plus complétement à la question qui m'a été adressée par M. Tarnier.

Dès mon entrée à la Maternité, j'avais exposé à M. Husson l'opinion qu'une modification totale, une reconstruction était nécessaire pour échapper enfin à une situation qui semblait empirer avec les années. Cependant, la mortalité ayant été de 28,5 p. 100, — 12 mortes sur 42 accouchées dans les trois premiers mois de l'année 1865, l'administration fit exécuter des travaux considérables d'assainissement, travaux très-bien entendus, mais qui n'apportérent aucun changement dans les formes de l'édifice. En même temps le nombre des lits restant à peu près le même, il fut convenu qu'une moitié seulement servirait pendant que l'autre serait à l'état de repos. Ce roulement fut organisé de telle sorte que les grandes salles, fractionnées par groupes de six lits, offraient alternativement un groupe en activité et un groupe au repos. Tout cela était bien conçu : assainissement général, latrines irréprochables, chauffage à circulation d'air ; dispersion et diminution du nombre des accouchées ; roulement du service par alternance des salles, tels étaient résumés en quelques mots les moyens employés.

Ces moyens portèrent leurs fruits. Après la réouverture de la maison, en avril et en mai, 186 accouchements ne donnent que 2 morts, soit : 1,06 p. 100. En juin et juillet, mouvement défavorable, mais heureusement borné : 157 accouchements, 12 décès, 7,6 p. 100. Les autres mois donnent : août, 3,6 p. 100 ; septembre, 2,5 p. 100 ; octobre, 5,5 p. 100 ; novembre 2,2 p. 100 ; décembre, 2,5 p. 100. J'ai défalqué des mois d'octobre et novembre 8 décès cholériques qui troubleraient les appréciations. La mortalité se résume pour cette période de neuf mois, y compris l'aggravation de juin et juillet, par le chiffre de 3,6 p. 100.

Mais dès le début de 1866, janvier nous donne 7,84 p. 100. et en février nous sommes débordés, la contagion est plus forte que nos mesures préventives, elle gagne de proche en proche et s'étend

partout; nous sommes en face d'une épidémie : 103 accouchements, 28 décès, soit 27,18 p. 100 de mortalité.

Voilà, de mois en mois, ce qui s'est passé dans l'hôpital auquel je suis attaché. En conclura-t-on que les améliorations opérées en 1865 ont été inutiles ? Non, très-utiles ; les neuf derniers mois de l'année passée le prouvent ; mais elles sont insuffisantes. Elles ont été une digue temporaire et incomplétement entretenue. Nos moyens de résistance contre l'infection et l'invasion puerpérale n'étaient ni assez puissants, ni assez constants ; nous avons été inondés, voilà tout, et c'est facile à comprendre.

Les salles sont mal aérées et ne peuvent pas l'être convenablement. La forme claustrale du bâtiment, l'étroitesse des fenêtres, l'insuffisance de l'espace cubique d'air alloué à chaque malade, la disposition des salles en enfilade, qui ne permet pas d'ouvrir continuellement toutes les fenêtres des sections en repos, telles sont les causes de la mauvaise aération. Par cela seul le mécanisme de la désinfection naturelle est altéré, l'alternance des salles perd énormément de sa valeur.

D'autre part, l'extrême voisinage des différents services, salles de femmes en couches et infirmerie ; une certaine promiscuité du personnel des différents services, promiscuité atténuée depuis un an, mais non annulée ; une mauvaise disposition de la literie pendant le repos des salles (les lits étant refaits immédiatements après avoir été renouvelés), enfin la complète insuffisance de lavage ou de blanchiment des murs et planchers, de lessivage des rideaux et objets de literie servant aux accouchées valides ; tout cela se joint aux vices fondamentaux que je viens de signaler, et entretient l'infection ou favorise la contagion.

J'ajoute que lorsque les accouchées de mon service sont prises de fièvre puerpérale, je dois les garder dans ma salle, ce qui constitue dans la maison un second foyer. C'est pour ce motif que j'avais interrompu M. Tarnier, pour lui dire que tous les cas de fièvre puerpérale ne sont pas transportés à l'infirmerie. Au reste, c'est là un point qui peut être réglé par un accord entre le médecin et le chirurgien, et je désire vivement que cela ait lieu, d'abord pour éviter la constitution d'un double foyer, ensuite pour éviter des cas de contagion immédiate sur des femmes encore saines.

Evidemment, un certain nombre des causes que j'ai signalées peut disparaître. Rien n'empêche que les mesures d'excessive propreté soient exécutées désormais d'une manière irréprochable. Ce sera beaucoup, mais ce ne sera pas tout ; il n'en restera pas moins un bâtiment mal disposé pour l'aération et une proximité fâcheuse entre l'infirmerie et les salles d'accouchées saines.

La construction d'une infirmerie complétement isolée serait sans doute une excellente chose; elle aurait un double résultat, d'abord la séparation des malades, ensuite l'agrandissement du service des accouchées, ce qui permettrait de mieux exécuter le roulement. Je crois savoir que l'administration ne serait pas éloignée de cette idée vers laquelle je la pousserais de tous mes efforts.

Messieurs, quand on se reporte par la pensée aux discussions, aux écrits, aux travaux de toutes sortes qui se sont produits dans tous les pays avancés, sur l'hygiène des Maternités, on sent qu'on est en présence d'un des plus difficiles problèmes qui se puissent poser aux hommes de science, d'un de ces problèmes qui réclament à la fois de larges connaissances médicales et la faculté de soumettre au contrôle de l'expérience les prévisions de la science.

Ce problème, nous pouvons en toute liberté l'agiter, l'élaborer dans nos discussions, mais quand, passant des spéculations théoriques à l'application, nous voulons apporter notre propre contingent à l'œuvre hospitalière ; quand nous voulons faire ce que personne plus que le médecin n'est capable de faire, poser des indications générales, indiquer en même temps le but à atteindre et les écueils à éviter ; quand, en matière d'hygiène, science si compréhensive et si vaste, nous énonçons le résultat de nos études grossi de toutes les études antérieures, qu'arrive-t-il? Nous restons impuissants. Notre administration de l'assistance publique, quoique étrangère à nos méthodes et à nos connaissances scientifiques, juge sans débat contradictoire et décide pour le mieux sans doute, mais sans nous faire intervenir en rien dans ses décisions.

Cela n'est ni logique ni profitable, je le dis sans aucune mauvaise intention, mais parce que c'est ma profonde conviction. Cela n'est pas logique, car il ne viendra à l'esprit d'aucun homme sensé que l'hygiène ait cessé d'être une des branches de la médecine, et que par conséquent tout ce qui ressortit à l'hygiène ne soit pas le domaine incontesté du médecin. Ce n'est pas davantage profitable : l'administration marche, en matière d'améliorations, à la remorque de la science, dont elle prétend interpréter le langage mieux que ses adeptes habituels. Il lui arrive de se fourvoyer dans cette tâche ; ses tentatives manquent le but qu'elles auraient pu atteindre si les esprits compétents avaient été consultés.

Ne croyez pas que je veuille en aucune façon substituer les médecins à l'administration. Ma pensée est tout autre; l'administration a un grand et noble rôle auquel probablement nous serions tous malhabiles, et c'est précisément parce qu'elle a ce rôle déjà si large qu'elle devrait s'y restreindre. A chacun sa besogne ; à chacun le travail

auquel il est le plus apte; à l'administration de pourvoir à la vie régulière de nos établissements, d'aménager les ressources, de contrôler les dépenses, de veiller à l'accomplissement régulier des services, etc.; aux architectes et aux ingénieurs l'étude des procédés techniques les plus parfaits, des formes de constructions les plus commodes, des matériaux les plus favorables, mais à nous et à nous seuls de formuler des programmes d'hygiène et d'établir les règles premières des organisations hospitalières.

Déjà à la suite de notre discussion sur la salubrité des hôpitaux, nous avions émis le vœu qu'en toute question de cet ordre l'administration consultât un comité permanent renfermant le triple élément administratif, technique et médical. Vœu stérile. La construction de Cochin, les travaux de la Maternité ont été exécutés sans notre participation, sans qu'on eût songé à utiliser ce concours loyal et désintéressé, ce partage de responsabilité que nous avons offert.

Que l'administration porte donc seule la responsabilité de ses œuvres bonnes et mauvaises. Je ne sais s'il faut l'admirer de ce courage ou la plaindre de cet excès, mais je ne veux pas quitter la parole sans l'adjurer encore, au nom du jugement souvent rigoureux de l'opinion et en face de cette redoutable question des Maternités, de mettre à profit, en s'en couvrant comme d'un manteau, les délibérations d'un corps médical qui n'a jamais failli à son appel.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. Je demanderai à M. Trélat si les symptômes observés chez les femmes qu'il suppose atteintes par contagion offrent quelque chose de particulier? Dans la très-grande majorité des cas les symptômes locaux sont constatés au début des fièvres puerpérales. Je ne comprendrais pas des symptômes locaux marquant le début d'une affection due à l'absorption d'un agent contagieux.

M. TRÉLAT. Nous avons évité avec soin jusqu'à présent d'entrer dans les questions de doctrine. Je répondrai seulement à M. Hervez que je crois que toutes les variétés d'affection puerpérale désignées sous les noms de métrite, métro-péritonite, phlegmons, doivent être considérées comme appartenant à la même maladie.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 2 MAI 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*,

Les *Archives générales de médecine ;*

Le *Bulletin de la Société de médecine de Paris* (1re année, 1865) ;

Le *Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille* (avril 1866) ;

La *Statistique médicale de l'armée pendant l'année 1864.*

— M. LARREY présente, au nom de M. Tigri, un travail intitulé : *Sur la pénétration de l'air pendant l'opération de la thoracentèse.*

— M. DANYAU informe la Société de l'état grave de maladie où se trouve notre collègue M. Michon.

M. LABBÉ présente, au nom de M. Spiess, pour le prix Duval, deux exemplaires de sa thèse intitulée : *De l'intervention chirurgicale dans la rétention d'urine.*

— M. HOUEL présente deux brochures : l'une, *Nouvelles recherches sur l'emploi de la liqueur de Villate,* par M. Notta, membre correspondant; l'autre, intitulée : *Le molluscum éléphantiasique,* par M. le docteur Chedevergne.

Sur l'emploi de la Liqueur de Villatte.

M. LEGOUEST. Notre collègue M. Houel vient de donner à la liqueur de Villate des éloges auxquels je ne puis souscrire. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer l'injection de cette liqueur dans des trajets fistuleux ou des abcès peu étendus, sans tendance à la cicatrisation ; j'ai observé des douleurs extrêmement vives, se prolongeant assez longtemps et je sais que dans un cas ce médicament a donné lieu à un empoisonnement mortel.

M. CHASSAIGNAC. J'ai employé également la liqueur de Villate et j'ai, comme M. Legouest, constaté des douleurs très-vives et de plus une tendance à des inflammations phlegmoneuses qu'on pouvait craindre de voir devenir diffuses.

M. LE FORT. Je me joins à mes deux collègues pour signaler la douleur extrêmement vive et inquiétante qui suit l'emploi de la liqueur. C'est une médecine de vétérinaire qu'on ne doit employer

sur l'homme qu'avec beaucoup de réserve. J'y ai eu recours une fois entre autres avec M. Nélaton pour un abcès résultant d'une nécrose d'un trochanter; les douleurs ont été atroces et le succès nul.

M. VERNEUIL. Dans un cas de kyste des extenseurs de la main, inutilement traité par les injections iodées qui furent faites une fois par M. Michon et deux fois par M. Monod, c'est-à-dire dans les meilleures conditions d'exécution, j'ai cru devoir recourir à un moyen plus énergique et j'ai choisi la liqueur de Villate; il y eut une telle inflammation que j'ai un instant redouté l'apparition d'un phlegmon diffus. La malade heureusement surmonta ces accidents et guérit.

M. BOINET. J'ai employé la liqueur de Villate dans trois cas où les injections iodées n'avaient pas réussi. Il s'agissait dans les trois cas de trajets fistuleux entretenus par des caries. Chez un de ces malades je n'ai pu, après huit mois de l'usage de ces injections, obtenir la guérison, mais après chaque injection il se produisait un gonflement énorme.

M. FOLLIN. Il serait utile de savoir par quel mécanisme s'est produit l'empoisonnement chez le malade de M. Legouest.

M. LEGOUEST. Je ne crois pas qu'il me soit permis de publier une observation qui ne m'appartient pas, cependant le fait conserve toute son importance. Cet accident du reste peut être redouté lorsque les trajets fistuleux sont sinueux, longs, étendus, présentant de vastes clapiers et par conséquent une large surface d'absorption. Le malade auquel je fais allusion est mort véritablement empoisonné par les sels de cuivre qui entrent dans la composition de la liqueur de Villate.

M. LABBÉ. J'ai eu occasion d'avoir recours à ce moyen chez une vieille femme ayant une carie du pied avec huit ou dix trajets fistuleux. La liqueur sortit par toutes les fistules. Je l'ai employée pendant plusieurs semaines à doses considérables sans avoir vu d'accidents d'empoisonnement. Dans un deuxième cas il s'agissait d'une carie de l'omoplate; après six semaines d'injections, j'ai obtenu la fermeture incomplète de la fistule.

M. DESORMEAUX. J'emploie, depuis quatre ans, la liqueur de Villate; j'ai été généralement content de ce moyen; je n'ai jamais remarqué de symptômes d'empoisonnement et cela tient peut-être à ce que la liqueur est caustique. Nous employons les caustiques arsenicaux sans avoir d'accidents, il doit en être de même des sels de cuivre caustiques. Quant à moi, j'emploie cette liqueur quand il y a des fistules et non quand il y a des abcès.

Ulcération de la carotide interne dans le rocher.

M. CHASSAIGNAC. Le cas d'hémorrhagie du conduit auditif com-

muniqué par M. Broca dans la séance dernière a trait à un ordre de faits sur lesquels la science ne possède encore qu'un très-petit nombre d'observations. Il en est une dont M. Broca n'a peut-être pas eu connaissance et qui se trouve publiée (*Traité de la suppuration et du drainage*, tome Ier, p. 529). Je me bornerai à en exposer les principaux détails.

Un teinturier, âgé de cinquante ans, fut pris il y a six mois d'un violent rhume à la suite duquel il éprouva des douleurs de tête d'une grande violence, augmentant encore pendant le bâillement et la mastication. S'il se baissait : vertiges, éblouissements, chute imminente.

Plus tard, surdité complète du côté droit; écoulement abondant de pus par l'oreille droite; paralysie de la moitié droite de la face; hémicrânie; insomnie complète; accès de fièvre tous les soirs.

Existence non douteuse d'une caverne au sommet du poumon droit; matité au sommet gauche.

Du 10 février au 5 mai les accidents restent les mêmes, seulement l'écoulement auriculaire devient sanguinolent.

Le 6 mai à sept heures du soir, hémorrhagie abondante par l'oreille droite. Le tamponnement du conduit auditif ayant été pratiqué, le sang se fit jour dans la cavité pharyngienne, à travers la trompe d'Eustache. Une saignée fut pratiquée. L'hémorrhagie s'arrêta.

Le lendemain 8, hémorrhagie nouvelle, très-abondante, à ce point que le jet de sang qui sortait par le conduit auditif avait le volume du petit doigt. Mort presque immédiate.

A l'autopsie on trouve sur la dure-mère un énorme caillot, partie dans la fosse cérébrale antérieure, partie dans la fosse cérébrale moyenne. La partie supérieure du rocher est cariée dans son point de jonction avec la portion écailleuse du temporal. Un stylet introduit par le bout supérieur de la carotide interne vint sortir par le point carié de l'os. Il en fut de même d'un second stylet introduit par l'orifice inférieur du vaisseau dans sa portion cervicale. Il était donc hors de doute qu'une rupture de la carotide interne s'était faite dans le point correspondant à la carie.

En passant le doigt à la surface du cerveau on sentait une crépitation tout à fait semblable à celle que fait éprouver le contact du poumon. On voyait une quantité considérable de bulles d'air ou de gaz sous les enveloppes. Ces bulles gazeuses siégeaient dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

La carie donne très-rarement lieu à des hémorrhagies, le travail ulcératif qui l'accompagne s'arrêtant là où la substance osseuse cesse. Le cancer au contraire envahit sans distinction de tissu tout ce qui se trouve devant lui.

Molluscum éléphantiasique.

M. CHASSAIGNAC. Dans la séance du 5 février 1863, j'ai présenté à la Société de chirurgie un molluscum considérable qui a été opéré avec succès. Cette tumeur siégeait à la partie antérieure et supérieure de la poitrine. Son début remontait à la première enfance. Elle avait la forme d'un bissac et son volume était tel qu'elle descendait jusqu'au niveau du pubis. J'avais diagnostiqué une tumeur hypertrophique de la peau. Par la dissection on voit que c'est une sorte de molluscum avec vrais lipômes dans quelques points et tissu dartoïque induré dans certains autres. Le pédicule de cette tumeur était large et renfermait des artères très-développées, branches de la mammaire interne.

M. VERNEUIL. A propos de la présentation du travail de M. Chedevergne sur le molluscum éléphantiasique, je crois utile de faire remarquer l'inconvénient de donner à ces énormes tumeurs le nom de molluscum, réservé à des tumeurs petites et d'une nature toute différente.

Discussion sur l'hygiène des Maternités.

M. LÉON LE FORT. Notre collègue M. Guyon devait aujourd'hui prendre la parole, et je regrette vivement qu'il n'ait pu le faire. J'éprouve, je dois le dire, un certain embarras à prendre part en ce moment à la discussion si importante ouverte devant vous ; il y a en effet si peu de divergence d'opinion entre MM. Tarnier, Trélat et moi-même que je ne pourrais que répéter inutilement ce qu'ils ont déjà si bien exposé. Mon embarras est grand, car en revenant sur ces causes de la grande mortalité des accouchées dans les Maternités, en revenant sur l'influence de l'état moral, de la situation matérielle des malheureuses reçues dans nos établissements spéciaux ; sur la part que prennent dans cette mortalité les opérations obstétricales, la primiparité, la durée du séjour, la contagion, la promiscuité des accouchées bien portantes et malades, je ne pourrais que répéter ce que j'ai écrit dans le livre que j'ai eu l'honneur de vous présenter et en résumer verbalement les plus importants paragraphes.

Notre collègue M. Guyon me faisait du moins pressentir un contradicteur sur la question des influences épidémiques, et j'aurais pu, en parlant après lui, défendre les opinions émises dans mon travail, répondre aux objections qu'il aurait pu présenter.

Cependant, messieurs, avant d'aborder ce point de doctrine que je considère comme la base de toute les réformes à apporter dans l'hygiène des Maternités, je vous demande la permission de dire quelques mots d'une question peut-être un peu personnelle.

Ce que j'ai cherché à mettre tout d'abord en pleine lumière en

m'appuyant sur de larges données statistiques, c'était la différence de mortalité qui existe, suivant que les accouchements sont faits dans les établissements hospitaliers ou à domicile. Dans un court résumé historique M. Tarnier, dans son discours, et M. Guyon, dans les *Archives de médecine*, citent les travaux de MM. Späth, Braün, Crédé, Greenser, etc., comme conçus dans le même esprit et montrant les mêmes différences pour Vienne, Leipzig, Dresde, etc. C'est une erreur que nos collègues n'eussent pas commise s'ils eussent connu, autrement que par mon travail, les statistiques de ces éminents accoucheurs. J'ai cité leurs noms, j'ai signalé leurs travaux en tête de mes recherches et c'était justice, mais cela ne voulait pas dire qu'ils eussent établi la comparaison entre les résultats obtenus par eux dans leur Maternité, et ceux obtenus en ville.

Cette comparaison, c'est M. Tarnier qui l'a faite le premier, et c'est un service signalé dont il faut lui rapporter l'honneur. Cependant, qu'il me permette de le lui dire, j'ai pu malheureusement savoir par moi-même qu'il n'avait pu faire entrer dans tous les esprits une conviction qui, parce qu'elle ne s'appuyait que sur une statistique restreinte, n'était pas moins l'expression de la vérité.

Lorsque, dans la discussion de l'Académie sur l'hygiène des hôpitaux en 1861, je publiai ma note sur quelques points de l'hygiène hospitalière en France et en Angleterre, j'avais commis l'erreur de croire que la section des accouchements de Guy's hospital, était un service intérieur et non un service extérieur, les accouchements étant faits au domicile de chaque accouchée. L'erreur me fut signalée de Londres; je la signalai de suite et avant toute discussion à l'Académie, dans une lettre qui se terminait par ces mots : « Toutefois, si cette différence de mortalité de 1 sur 13 à Paris, de 1 sur 331 à Londres, s'explique plus naturellement pour l'accouchement à domicile, elle n'en montre que mieux, comme l'a dit M. Davenne, le vice de la spécialisation des Maternités. »

Le service d'accouchement à domicile annexé à Guy's hospital avait donné, comme résultat, pendant une période de sept ans, une morte sur 331 accouchées. Or, messieurs, pendant toute une séance qui me parut longue, M. Briquet égaya l'Académie sur une statistique qu'il appelait *mitigée*, et qui donnait comme possibles de pareils résultats: Une morte sur 331 accouchées! il fallait être Anglais pour avancer de pareilles choses et plus que crédule pour les répéter en France. L'Académie approuvait par son attitude l'étonnement de l'orateur, et elle l'eût approuvé bien davantage, s'il eût ajouté que dans le service d'accouchement dont il était chargé à l'hôpital de la Charité, il avait perdu en moyenne dans les trois années précédentes une femme sur neuf.

Une lettre du docteur Steele, directeur de Guy's hospital, répondit à cette regrettable argumentation; le livre que je viens de publier, les dix-huit cent mille accouchements sur lesquels s'appuie ma démonstration, répondent aujourd'hui à l'incrédulité de 1861.

Je ne reviendrai pas, messieurs, sur ce que j'ai dit, quant aux causes particulières de la mortalité dans les Maternités; M. Tarnier avec des documents nouveaux, et dont plusieurs lui sont personnels, a démontré leur importance respective; M. Trélat a jugé, par ses belles et patientes recherches, la question pratique, si importante, de l'acclimatement des femmes enceintes. J'hésitais, faute de documents suffisants; aujourd'hui le doute n'est plus permis, et je suis pleinement convaincu.

Mais il est une question sur laquelle existent entre nous de légères divergences d'opinion, c'est celle des influences dites épidémiques; c'est la question la plus importante, et je vous demande la permission d'exprimer ma pensée sur ce point, de répondre quelques mots à MM. Tarnier et Trélat, et de réfuter par avance, puisque je dois parler aujourd'hui, quelques-unes des objections que me fera sans doute M. Guyon.

M. Tarnier me reproche d'avoir, d'un trait de plume, supprimé les épidémies; M. Trélat nie comme moi le soi-disant génie mais il donne comme nous le verrons une influence marquée à l'état atmosphérique; M. Guyon, il y a quelques jours, défendait l'idée des influences occultes agissant avant même l'éclosion de l'épidémie. Je nie les épidémies de fièvre puerpérale; mais il faut avant tout que je spécifie le sens de ce mot, que j'emploierai moi-même quelquefois, faute d'autre.

Quelle que soit leur origine, toutes les maladies peuvent affecter dans leur mode de dissémination deux caractères différents : sporadiques, elles n'attaquent à la fois qu'un petit nombre d'individus ; épidémiques, elles attaquent dans le même temps et dans le même lieu un grand nombre de personnes. C'est cette signification que je donne au mot épidémie, sans rien préjuger des causes de la maladie. Mais à côté de ces deux mots il en existe un troisième, c'est celui d'endémique. Celui-là sert à caractériser une maladie susceptible de naître primitivement, dans le lieu où elle exerce ses ravages, c'est une maladie indigène en quelque sorte ; malheureusement le langage médical ne possède aucun terme propre à désigner sans confusion possible, une maladie venue d'un autre pays.

Sporadique est opposé à épidémique, et une même maladie endémique peut être sporadique et d'autres fois épidémique, en prenant ce mot dans l'acception que nous venons de lui attribuer. Ainsi, des marais existent dans un pays, la fièvre intermittente y est endémique ; si les effluves paludéens sont peu abondants, quelques habitants pré-

disposés à en ressentir l'influence seront seuls atteints, il y aura des cas sporadiques d'une maladie endémique, la fièvre intermittente. Si au contraire les circonstances atmosphériques et météorologiques aidant, les effluves se dégagent avec une grande intensité, il y aura dans le même temps, dans le même lieu, un grand nombre de fébricitants, il y aura en un mot une épidémie de fièvre intermittente, bien que cette maladie soit indigène c'est-à-dire endémique.

Mais, opposé au mot endémique, nous retrouvons le même terme, celui d'épidémique ; c'est qu'en effet, toutes les fois qu'une maladie ayant pris naissance loin du lieu où elle sévit (choléra, fièvre jaune, en Europe), se montre dans un pays, elle attaque à la fois dans le même temps et dans le même lieu un grand nombre de personnes. A quoi tient cette mortalité exceptionnelle, quel est le mode de transmission et de propagation de la maladie, c'est ce qu'il me faut brièvement examiner.

A ce mot épidémie tel qu'on l'emploie s'attache trop souvent, à côté de l'idée de nombre, une idée de provenance et de causalité. On tend à considérer chaque malade atteint, pendant une épidémie, comme frappé par un miasme *primitif,* venu de plus ou moins loin. Cette idée est juste quand il s'agit de maladies régnant au lieu même où existe la cause première de leur production, et dans le rayon de l'action *directe* de cette cause, comme la fièvre intermittente paludéenne au voisinage des marais, comme la fièvre jaune sur la rive américaine de l'Atlantique. Quelque isolés qu'ils puissent être les uns des autres, les individus vivant au milieu de cette atmosphère, viciée d'une manière spéciale, devront en subir l'influence, et si elle agit suffisamment sur eux, il pourront devenir malades : c'est alors d'une manière directe et primitive que le miasme aura agi sur chacun d'eux.

Cette idée qui admet l'existence d'un miasme frappant primitivement chaque individu atteint est fausse, quand elle s'applique à des maladies qui régnent épidémiquement, loin du lieu où agit leur cause première productrice, comme le choléra ou la fièvre jaune, en Europe. Isolé des malades déjà frappés, à l'abri de toute contagion directe ou indirecte, aucun individu ne sera atteint, s'il s'agit de maladies exotiques. S'il s'agit d'une maladie endémique spéciale à certains états physiologiques, comme la fièvre puerpérale, le nombre des malades, limité alors aux cas primitifs, ne subira que peu de variation et, dans l'un ou l'autre cas, il n'y aurait jamais d'épidémies, c'est-à-dire un nombre exceptionnel de maladies dans un même temps et dans un même lieu. Aussi, messieurs, j'ai cru pouvoir poser cette loi : toute maladie susceptible de se transporter d'un lieu à un autre, sous forme épidémique, est contagieuse.

La fièvre puerpérale est contagieuse, et les épidémies, si fréquentes dans nos Maternités, sont dues non à un mauvais air ou à un malin esprit qui s'est abattu sur un hôpital et ne veut plus en sortir, mais à la contagion qu'on a laissé librement s'exercer, quand on ne la favorise pas, grâce à une mauvaise organisation.

Mais, j'ai à répondre ici à plusieurs objections. Pourquoi cette contagion ne s'exercerait-elle pas toujours? Pourquoi, à de certaines époques, presque toutes les accouchées deviennent-elles malades, tandis qu'une fièvre puerpérale primitive subsiste parfois sans affecter les accouchées voisines, couchées dans la même salle ? Pourquoi l'épidémie cesse-t-elle d'elle même, alors que tous les moyens employés n'avaient pu garantir les accouchées ?

Permettez-moi, messieurs, de reproduire ici une comparaison un peu banale que j'ai faite, dans mon travail. Une maladie contagieuse est comme une graine, pour que cette graine germe, il faut qu'elle trouve un terrain convenable, convenablement préparé, et sa germination sera facilitée, gênée ou empêchée par des conditions biologiques ou atmosphériques.

Une armée en campagne a subi toutes sortes de privations et de fatigues, ses blessés, entassés dans des hôpitaux où existent les conditions hygiéniques les plus fâcheuses, voient naître parmi eux ce fléau qui naît de la concentration de toutes les misères : le typhus des camps. L'air vicié que tous respirent, fait directement sentir sur tous son influence ; un grand nombre deviennent malades, et une épidémie se crée de toutes pièces. Deux de ces malades sont évacués sur d'autres localités ; l'un est placé dans un village, au milieu d'une famille de paysans robustes, bien nourris, bien portants, sainement logés, et il ne communique sa maladie à personne, quoiqu'elle soit contagieuse. Le second est évacué sur un autre hôpital où le typhus n'existe pas, mais où, par la réunion des mêmes causes, il est en quelque sorte en imminence. Ce typhique y trouve des malheureux dont la réceptivité morbide est extrêmement développée ; là il agit comme l'étincelle qui allume un vaste incendie, il contagionne autour de lui et il devient le point de départ d'une épidémie qui, sans lui, sans l'état déjà fâcheux des autres malades, n'eût probablement pas éclaté.

Une fièvre puerpérale éclate chez une accouchée ; ses voisines, ses compagnes d'hôpital ont eu des couches faciles, ou leur accouchement remonte déjà à quelques jours, la température est défavorable à la dissémination de la maladie ; la fièvre puerpérale s'éteint sur place. Supposons les conditions inverses ; cette première malade communique son affection à une seconde, et les causes de propagation aug-

mentant en proportion des cas morbides, une épidémie est dès lors constituée.

Ici, messieurs, intervient l'infection hospitalière, influence fâcheuse à laquelle M. Trélat attribue, avec grande raison, une part importante dans la mortalité des accouchées; dans la facile extension des épidémies; dans l'apparition plus multipliée des cas primitifs de maladies puerpérales. Elle ne produit pas les épidémies, mais elle les rend possibles, et facilite leurs ravages.

M. Guyon a produit en faveur du génie malfaisant qui promène les épidémies, un argument qui, s'il était fondé, aurait une grande valeur. L'apparition des épidémies est précédée, dit-il dans son article des *Archives générales de médecine,* d'un état sanitaire fâcheux, déplorable même des établissements ou des services dans lesquels l'épidémie ne va pas tarder à éclater.

Cette opinion de notre collègue est absolument contredite par les faits. Si vous jetez les yeux sur les tracés graphiques, publiés dans mon travail, vous serez frappé de la manière brusque dont la mortalité s'élève toutes les fois qu'elle dépasse notablement la moyenne et qu'il survient ce qu'on appelle une épidémie. Vous la voyez passer de 1 à 14 p. 100, de 0 à 12 p. 100, de 5 à 25 p. 100, non pas progressivement, mais brusquement d'un mois à l'autre; où est cette mortalité inquiétante et déjà grave avant de devenir excessive? où est la menace? vous ne la trouvez nulle part.

Sans doute parfois vous voyez ces cas de fièvre puerpérale se développer, puis deux ou trois lui succèdent, et enfin la Maternité tout entière est envahie; mais ces premiers cas isolés ne sont pas l'annonce de l'épidémie, c'est déjà l'épidémie qui commence et qui deviendra d'autant plus forte, que les sources de contagion augmenteront avec le nombre des malades.

Une seconde objection est celle-ci : il est des années où les épidémies se sont, dit-on, montrées dans toute l'Europe, il faut donc qu'un souffle malfaisant ait passé sur tous les établissements; le génie épidémique a révélé partout sa présence; donc l'apparition des épidémies est due à des influences atmosphériques, inconnues dans leur essence, mais réelles.

A cela, messieurs, il faut d'abord répondre ceci : cette objection est une simple assertion qui ne s'appuie sur aucune preuve. L'histoire des épidémies est fort incomplète, mais nous trouvons rassemblées dans le magnifique ouvrage de Hirsch (*historisch geographische pathologie*), toutes celles qui sont mentionnées dans les annales scientifiques.

On a cité par exemple l'année 1819, comme une de ces années

pendant lesquelles cette influence fâcheuse s'est étendue partout. C'est celle, en effet, pour laquelle il existe le plus de récits particuliers, et d'Outrepont, Schloss, Cederschjöld, Michaelis, Carus, Pfeufer, Schilling, Douglas et Collins ont décrit les épidémies de Wurzbourg, Stockholm, Kiel, Dresde, Bamberg, Nuremberg et Dublin; mais en même temps, si nous consultons les rares statistiques publiées pour cette époque, nous trouvons que Vienne n'a eu qu'une faible mortalité relative de 2,5 p. 100; la Maternité de Leipzig n'a pas perdu une seule accouchée; l'Hôtel-Dieu de Paris n'a eu qu'une mortalité de 1,7 p. 100; Dresde a été le théâtre d'une épidémie, mais qu'était-ce que cette épidémie qu'on me paraît citer sans trop savoir ce qu'elle a été, et en ne s'appuyant que sur des assertions qu'on n'a pas contrôlées. Sur 178 accouchées, il est mort 6 malades, c'est-à-dire 3,1 p. 100, chiffre bien inférieur à la moyenne ordinaire de nos établissements parisiens.

Mais il y a plus, et le nuage si chargé de fièvre puerpérale, qui se serait étendu ainsi sur toute l'Europe, avait à ce qu'il paraît une singulière forme, car tandis que la mortalité de la Maternité de Paris était de 7,3 p. 100, elle n'était à l'Hôtel-Dieu que de 1 p. 100, et Saint-Louis ne perdait, dans toute l'année, aucune accouchée.

Du reste, messieurs, il est inutile de m'étendre sur ce point; en effet, si une influence épidémique est capable de se faire sentir sur toute la surface d'un pays ou de l'Europe entière, elle devra bien mieux encore se faire sentir sur deux établissements voisins, placés dans la même ville, dans le même hôpital. Or, j'espère vous démontrer d'une manière irréfutable qu'il n'y a pas de coïncidence dans les épidémies qui règnent dans deux établissements spéciaux d'une même ville, lorsque la contagion ne peut s'exercer par l'intermédiaire du personnel d'un établissement dans l'autre. C'est à M. Hugenberger, de Saint-Pétersbourg, que revient l'honneur d'avoir montré le premier cette absence de coïncidence, argument capital dans la discussion qui nous occupe.

Il existait à Saint-Pétersbourg deux maternités, l'une, dépendant du grand hôpital des enfants trouvés, l'autre placée à quelque distance sur la rive gauche du canal de la Fontanka : l'institut de Mme la grande duchesse Hélène.

Le tableau graphique que j'ai l'honneur de vous présenter, et que j'ai copié sur ceux de M. Hugenberger, vous montre l'absence absolue de coïncidence dans la mortalité de ces deux établissements. La coïncidence peut exister quand la mortalité reste au-dessous ou très-peu au-dessus de la moyenne, car les influences atmosphériques peuvent concourir à diminuer ou à augmenter la quantité de cas

isolés, non pas de fièvres puerpérales, mais de maladies puerpérales, quelle que soit leur nature. Mais, lorsque la mortalité s'élève, lorsqu'une épidémie éclate, c'est-à-dire lorsqu'il meurt exceptionnellement un grand nombre d'accouchées, alors toute coïncidence disparaît, le tableau suivant le prouve :

		MORTALITÉ POUR 100	
Années.	Mois.	Enfants trouvés.	Institut des sages-femmes
1845	mai	13	2
—	juin	14	3
1850	juin	26	3
1852	janvier	22	0
—	juillet	22	0
1853	mars	12	0
1856	mai	14	2
—	juillet	14	2

On ne pourrait arguer de cette circonstance que l'un des établissements est plus heureusement organisé que l'autre, car les épidémies se sont montrées tantôt dans l'une tantôt dans l'autre maternité. Dans le tableau précédent il y a absence de coïncidence, mais c'est la maison des enfants trouvés qui se trouve frappée; dans le suivant l'absence de coïncidence subsiste, mais la part qui revient à chaque maison se trouve intervertie.

		MORTALITÉ POUR 100	
Années.	Mois.	Enfants trouvés.	Institut.
1846	juin	5	13
1848	mars	4	13
1849	avril	3	11
1859	février	5	20

Ce qui existe à Pétersbourg, nous le retrouvons à Paris entre la Clinique et la Maternité. J'ai dressé l'échelle comparée de la mortalité par mois entre ces deux établissements, de 1860 à 1864 seules années pour lesquelles j'aie pu avoir les documents indispensables.

En février 1860, la mortalité de la Clinique est réduite à 0 pendant que celle de la Maternité monte à 13 pour cent. En octobre, une divergence analogue se produit, 2 et 15 pour cent. En juin 1862, la Maternité a sa mortalité au-dessous de sa moyenne, 3 pour cent, mais celle de la Clinique monte à 20 pour cent; mais à partir de

septembre 1863, la mortalité de la Clinique reste modérée et même faible tandis que celle de la Maternité arrive à des chiffres effrayants.

L'absence de coïncidence devient encore évidente dans le tableau suivant :

		MORTALITÉ POUR 100	
Années.	Mois.	Clinique.	Maternité.
1863	octobre........	5,1........	20,1
—	novembre......	5, ...	16,3
—	décembre......	1,7........	17,3
1864	janvier.........	4,1........	23,3
—	février.........	1,3........	32
—	juin...........	2,1........	17,9
—	juillet..........	1,5........	21,3
—	août...........	1,9........	22
—	septembre......	1,4........	18,3
—	octobre........	3,6........	26
—	décembre.......	3,6........	58,8

Que peut-on dire, messieurs, en présence de ces chiffres? admettra-t-on cette influence occulte répandue sur une ville, sur un pays, sur un continent, quand entre deux établissements voisins il ya cette différence de 1 à 32 pour cent; quand en décembre 1864 il meurt à la Clinique 2 femmes sur 55 accouchées, tandis qu'il en meurt 20 sur 34 à la Maternité; quand la mortalité est dans un établissement de 3 pour cent tandis qu'elle est dans l'autre de 58 pour cent, chiffre horrible à dire, mortalité effroyable, sans autre exemple heureusement dans l'histoire des maternités.

Cette absence de coïncidence, déjà si probante quand il s'agit de deux établissements d'une même ville, devient un argument irrésistible, quand on compare les deux maternités de Vienne. Ces deux services d'accouchements confiés l'un à M. Späth, l'autre à M. Braün, sont placés tous deux dans le même hôpital, dans les mêmes constructions et on ne sait trop comment ces influences occultes couvriraient l'un d'eux d'un voile de crêpe, sans en laisser flotter un coin sur l'autre ; mais ce qui explique cette absence de coïncidence dans les épidémies, c'est que l'un est destiné aux sages-femmes, l'autre aux étudiants, mais sans communication du personnel de l'un à l'autre, sans que le principe contagieux puisse être porté de l'un vers l'autre.

Le tableau suivant démontre, même pour ces deux services voisins, la non-coïncidence des épidémies.

Années.	Mois.	MORTALITÉ POUR 100 — 1re Clinique.	2e Clinique.
1838	juillet	0,9.............	24,7
1839	juin..........	15,...............	3,4
1840	octobre.......	29,3.............	5,8
1842	décembre.....	31,3.............	3,7
1844	mars.........	17,0.............	3,3
—	novembre.....	11,0.............	0,7
1845	octobre.......	14,8.............	1,3
1846	mai.....	13,4.............	0,4
1847	avril..........	17,9.............	0,7
1856	septembre.....	1,3.............	10,5
1862	décembre.. ..	6,3.............	0,2

Peut-on admettre en présence de ces divergences qu'on a affaire à des épidémies pures de toute contagion? Qu'on réfléchisse au contraire à ceci : si ces épidémies sont dues à des influences cosmiques, la coïncidence devrait surtout exister lorsqu'une mortalité exceptionnellement élevée frappe une des maternités; or, cette coïncidence dans la mortalité n'existe que lorsque cette mortalité est peu élevée et elle disparaît au contraire quand la mortalité s'élève notablement. De telle sorte, qu'il faudrait admettre que ces prétendues influences épidémiques exercent d'autant moins largement leur action qu'elles sont plus actives; et, qu'une épidémie se localise d'autant plus qu'elle sévit avec plus de force. Soutenir une pareille proposition serait se mettre en contradiction avec tout ce que nous a appris l'observation, avec la logique la plus élémentaire.

On a encore reproduit bien des fois cet argument, que la mortalité, quand elle était élevée à l'hôpital, l'était aussi pour les accouchées de la ville. Un pareil argument a lieu d'étonner ceux qui ont étudié la question. Il n'existe dans la science aucun document à cet égard, autre que la belle statistique de M. Hugenberger.

Je l'ai reproduite en partie dans mon travail; or, messieurs, ce document unique, chef-d'œuvre et produit de patientes et longues recherches, prouve absolument le contraire. Examinez ce tableau graphique de la mortalité comparée après les accouchements dans la ville et dans les maternités de Saint-Pétersbourg; jamais il n'y a eu coïncidence, la mortalité des accouchées de la ville oscille entre 0,4 et 1,5 pour 100, et comme par un singulier et curieux effet du hasard, toutes les fois que de 1847 à 1853 la mortalité de la ville a dépassé

1 pour 100, cette élévation coïncidait avec l'absence d'épidémie dans les deux maternités et avec un état sanitaire exceptionnellement favorable, dans l'une et souvent dans les deux maternités.

Avons-nous des documents pour une autre ville? Non, messieurs, pour aucune. Qu'on laisse donc une bonne fois de côté ces arguments peu scientifiques; des assertions sans preuves possibles n'ont aucune valeur. J'ai voulu pour Paris avoir cette preuve; j'ai trois fois et en personne demandé à compulser les registres de la mairie centrale, trois fois j'ai échoué. Pour savoir s'il y a coïncidence de mortalité entre la Maternité et la ville, il faut savoir ce qui se passe à la Maternité et en ville; il faut être médecin de la Maternité envahie, puisque l'entrée n'en est permise que sous certaines formalités, et si le médecin a le sentiment de cette coïncidence pour la ville, ne peut-on pas admettre qu'elle existe surtout ou seulement dans sa clientèle. Les faits nombreux de contagion par intermédiaire sont là pour donner quelque valeur à cet argument sur lequel je ne veux pas insister. Cette coïncidence n'a été véritablement étudiée que pour Pétersbourg, et les recherches de M. Hugenberger montrent que cette prétendue coïncidence est absolument fausse.

M. Trélat a étudié pour Paris, et beaucoup plus complétement que je l'ai fait, l'influence des saisons. Il a montré une fois de plus que la mortalité générale des accouchées est plus forte pendant les mois d'hiver, plus forte en certains mois d'hiver que pendant certains autres. Mais je cesserais d'être de l'avis de notre collègue s'il voulait faire jouer aux influences cosmiques un rôle important dans la production des épidémies. L'hiver ajoute ses influences directes en créant un état sanitaire défavorable, qui augmente la réceptivité morbide et la facilité à ressentir les effets de la contagion; il ajoute les influences indirectes d'un nombre plus considérable d'accouchements, d'une aération moins parfaite; il aide à la production de l'épidémie, il ne la produit pas.

Si en effet, nous recherchons avec Hirsch dans quelles saisons se sont montrées les cent soixante-seize épidémies décrites dans la science, nous verrons qu'elles ont éclaté :

85 fois en hiver,
37 fois au printemps,
34 fois en automne,
20 fois en été.

Je conclus donc en disant : les épidémies de fièvre puerpérale n'existent qu'à la condition de laisser au mot épidémie l'acception de mortalité exceptionnelle pendant une même période sur des malades

réunies dans un même lieu. Les épidémies ne sont pas produites directement par des influences cosmiques, elles sont dues à la contagion qu'on a laissé trop facilement s'exercer. Comment s'en garantir? C'est ce que j'ai cherché à montrer par mon travail, c'est ce qu'ont montré les collègues qui m'ont précédé à cette tribune, c'est, pour me résumer, d'éviter la contagion.

Cependant, messieurs, ma tâche n'est pas finie, car il me reste à remplir la partie la plus pénible et la plus difficile de cette tâche. Il me faut montrer comment on pourrait, à Paris, remédier à un état de chose regrettable, chercher, pour ce qui me concerne, à faire sortir quelque effet utile et pratique de cette discussion déjà longue.

Signaler les *desiderata* de nos hôpitaux, montrer à l'administration les améliorations que la science réclame, est chose toujours délicate. Moins encore que les individus, les administrations supportent les conseils; toute demande d'amélioration leur paraît un blâme, toute critique leur semble une attaque. Ce n'est pas tout encore, un administrateur s'identifie avec le passé et le présent de son administration, et l'administration semble se personnifier dans son chef; de telle sorte qu'une critique adressée à l'état de nos hôpitaux ou d'un hôpital semble atteindre la personnalité de M. Husson, l'honorable et très-dévoué directeur de l'assistance publique. Je repousse sur ce point pareille interprétation. Nul plus que moi ne rend justice au zèle et aux excellentes intentions du directeur général de nos hôpitaux, car en aucun temps peut-être nos établissements n'ont été l'objet de tant de sollicitude; mais si je reconnais hautement tout ce que M. Husson déploie de talent et d'activité dans la mission si difficile qu'il doit remplir, si je suis juste envers les personnes, ne puis-je donc pas l'être envers les choses. Est-ce donc diriger une attaque injuste contre les personnes que de déclarer une fois de plus, après seize ans passés dans les hôpitaux de Paris, comme élève et comme chef de service, après avoir étudié pendant huit années les questions d'hygiène et d'organisation des hôpitaux, de proclamer, avec la plupart d'entre vous, que notre organisation hospitalière est incompatible avec le progrès, avec la sécurité de nos malades? Attaquer cette organisation, est-ce attaquer un administrateur qui, en aurait-il la volonté, n'a pas le pouvoir de modifier à lui tout seul des lois et des règlements qu'il n'a pas faits et ne pourrait faire; de changer les habitudes, les préjugés de toute une population? Quel est l'homme qui pourrait avoir la prétention de centraliser utilement entre ses mains le service hospitalier d'une population de 1,700,000 habitants; de régler la conduite des hôpitaux, depuis les grandes questions financières et contentieuses jusqu'à la surveillance des infirmiers et gens de ser-

vice; de surveiller la gestion d'un budget de 20 millions et la cuisson des rôtis? Non, il est des limites que toutes les forces humaines ne peuvent franchir; je critique cette organisation, j'en déplore les effets; mais je reconnais que ces effets fâcheux sont atténués dans la limite du possible par le dévouement du chef de l'administration de l'assistance publique.

Je ne crois pas, messieurs, qu'il soit utile d'examiner si le projet de maternité de M. Tarnier présente des avantages ou des inconvénients que possède ou ne possède pas celui que j'ai fait connaître à la fin de mon livre sur les maternités. Il ne s'agit pas pour nous en ce moment de nous prononcer sur le plus ou moins de valeur d'un plan d'hôpital, nous n'avons pas à discuter dans son ensemble ou dans ses détails un projet soumis à notre appréciation. Nous avons à poser des règles scientifiques, à montrer quels sont les principes qui doivent présider à l'organisation d'une maternité, à indiquer les moyens de diminuer la mortalité qui règne dans ces établissements et d'éviter le retour de funèbres statistiques; mais c'est aux architectes, aux ingénieurs qu'il appartient de réaliser, en ce qui les concerne, les principes posés par la science médicale.

Tel hôpital bien construit, bien distribué, donnera des résultats fâcheux si les règles de l'hygiène, si les lois de la propreté y sont négligées dans le fonctionnement de l'établissement; tel autre, installé dans de vieux bâtiments, rassemblés comme au hasard, donnera de bons résultats si l'on y observe une conduite toute différente. Des murs de brique, élevés depuis un siècle, mais badigeonnés tous les six mois, vaudront mieux que des murailles de pierre, recouvertes à l'intérieur d'un stuc élégant, si ces murailles ne sont lavées que tous les cinq ou six ans; et, pour en citer un exemple près de nous, une religieuse d'un des services de médecine de Lariboisière, attachée à cet hôpital depuis sa mise en activité, m'affirmait ce matin, sur ma demande explicite, que les murs de la salle n'avaient été complètement lavés que deux fois depuis une quinzaine d'années. La Charité est brillante, à l'extérieur, et l'administration dépense annuellement de grosses sommes pour les travaux de peinture de ses établissements; mais les parois intérieures des salles de notre maître M. Velpeau, depuis combien d'années ont-elles été badigeonnées?

Tel parquet de sapin, nettoyé à l'éponge chaque matin et lavé à grande eau tous les huit jours, vaudra mieux que les parquets cirés de nos hôpitaux, qu'on nettoie, comme j'ai vu cela se faire dans mon service et ailleurs, en traînant par terre un matelas mis au rebut, sur lequel s'asseoient un ou plusieurs malades, qu'on véhicule d'un bout à l'autre de la salle.

La propreté, telle est la première condition de l'hygiène ; malheureusement elle fait à peu près complètement défaut dans nos hôpitaux, qui, sous ce rapport, sont inférieurs à tous les hôpitaux du nord de l'Europe. C'est un défaut grave, malheureusement il est dans nos mœurs, il se retrouve en ville comme à l'hôpital, dans les hautes classes comme chez l'ouvrier. En nous donnant l'eau en abondance, l'administration municipale nous habituera peut-être à nous en servir et améliorera l'hygiène privée. Il en est grand besoin, mais je ne saurais sans injustice demander à l'administration des hôpitaux de changer en quelques années les habitudes de toute une population et d'enseigner la propreté aux infirmiers, aux malades, et je ne sais pas pourquoi je ne dirais pas, à tout le personnel, quel qu'il soit.

Aussi, messieurs, comme je l'ai dit en tête de mon travail, l'hygiène hospitalière ne se réduit pas à des questions de bâtiments à orienter ou à espacer, de fenêtres à ouvrir, de mètres superficiels de terrain ou de mètres cubes d'air à distribuer à chaque malade. C'est la science qui, par l'étude approfondie des causes qui font naître et développer les maladies nosocomiales, apprend à les prévenir ou à les arrêter dans leur développement. Qu'on construise, suivant toutes les règles que j'ai cru pouvoir poser, une Maternité modèle, si l'on néglige les précautions contre la contagion, si le fonctionnement du personnel établit la communication des accouchées saines et malades ; si l'on manque à cette grande loi de l'hygiène : la propreté, cet hôpital modèle donnera des résultats déplorables. Prenons au contraire la Maternité la plus défectueuse dans ses résultats, la Maternité de Paris par exemple ; donnez-la moi telle qu'elle était avant les notables améliorations qui y ont été introduites, mais donnez-la moi dans les mêmes conditions où se trouvent les maternités étrangères, avec la faculté de régler le fonctionnement du personnel, la répartition des malades suivant ce que l'étude et la pratique nous ont appris, à nous médecins ; et, sans enlever une cloison, sans percer une fenêtre, je ferai diminuer de moitié une mortalité que toutes les améliorations matérielles, réglées par voie administrative, n'ont pu diminuer ; confiez-la, cette Maternité, à nos collègues MM. Tarnier et Trélat, ils feront dans les mêmes conditions diminuer cette mortalité de plus des deux tiers, car, à l'application des mêmes mesures, dirigées par les mêmes principes, ils ajouteront, pour ce qui concerne les accouchées, leur expérience spéciale.

Eh bien, messieurs, puisque je parle de la Maternité de Paris, n'est-ce pas un regrettable état de choses, que de voir la sage-femme en chef chargée seule, sinon en droit du moins en fait (ce qui est bien pis), de la direction du service des femmes accouchées saines !

Ici encore, mes critiques et mes reproches ne s'adressent pas à une personne que je ne connais pas et qui, par sa position même, doit avoir une grande expérience de l'accouchement. C'est l'organisation que j'attaque et j'ai le droit de le faire, quand cette organisation vicieuse coûte annuellement la vie à un grand nombre de malheureuses. Si une de ces femmes devient malade, la sage-femme en chef fait appeler le médecin ou l'interne ; mais, si elle tarde, si les premiers symptômes lui échappent, la séparation des malades qui serait si importante n'est effectuée que trop tard.

La sage-femme en chef, et c'est là ce qui a droit de nous étonner vivement, est dans son service indépendante du chirurgien en chef. Il est passé *en pratique* que le chirurgien ne vient dans le service de la sage-femme que lorsqu'il y est appelé par elle. Cette indépendance de la sage-femme chargée d'un service (et ce service, si la Maternité était ce qu'elle devrait être comme salubrité, serait le plus important de l'hôpital), n'existe pas à l'étranger ; là le médecin ou le chirurgien en chef est chargé de la haute direction de l'établissement, comme cela existe en France pour les asiles d'aliénés.

Qu'y a t-il d'important dans une Maternité ? de guérir les malades atteintes de fièvre puerpérale ? Non ! car la science est encore presqu'impuissante pour guérir la maladie lorsqu'elle s'est développée chez une accouchée. Mais, la science de l'hygiène peut presque tout, pour empêcher les accouchées saines de devenir malades. C'est donc, comme on le voit, la sage-femme en chef chargée, sans surveillance médicale supérieure, du service des femmes saines, qui a le service le plus important et celui dont la direction bonne ou mauvaise influe le plus sur la mortalité de l'établissement. Qu'elle soit chargée de ce service, rien de mieux ; mais à la condition que ce soit sous la responsabilité, la surveillance et la direction du médecin ou du chirurgien en chef.

Mais ce n'est pas tout, messieurs, et cette discussion met dans tout son jour une situation que je ne crains pas de qualifier d'inouïe. Comment ! M. Trélat, notre éminent collègue, si dévoué aux intérêts de la science et de l'humanité, vient nous montrer, preuves en main, que la mortalité des maternités tient surtout à l'infection hospitalière et à la contagion ; il nous montre comment des soins constants de propreté, comment un bon fonctionnement de l'hôpital peuvent supprimer ou réduire à son minimum l'infection nosocomiale ; il nous montre que l'isolement immédiat des malades est la seule manière d'empêcher la contagion de s'exercer sur les femmes saines ; et ce collègue, *nominalement* chirurgien en chef de la Maternité de Paris, n'a ni le droit ni le pouvoir de veiller *directement* à la salubrité de l'établisse-

ment, d'ordonner la séparation des accouchées malades, de rien faire en un mot de ce qui pourrait sauver tant d'existences compromises.

Cette organisation est contraire à ce qu'exigent l'humanité et la science, et je faillirais à mon devoir d'homme et de médecin, si je n'appelais hautement les regards sur cette situation. Cette organisation, je la critique et je la combats. Laissez-moi dire une fois de plus, je ne critique ni ne combats ceux qui sont chargés du lourd fardeau qu'elle leur impose : le directeur général n'est pas responsable d'une organisation qu'il n'a pas établie, qui existe depuis un demi-siècle, et qu'il n'a ni le droit ni le pouvoir de changer immédiatement.

Apportez à l'administration le concours précieux de vos lumières spéciales, guidez-la dans des efforts, qui, sans l'aide de la science, ne peuvent jamais être que stériles. Et pour cela, messieurs, il me paraît indispensable que la Société résume sous forme de conclusions les lois hygiéniques applicables aux maternités. Qu'on sache que la science a des règles qui peuvent guider sûrement ceux qui sont chargés de les appliquer, montrons la route à suivre et ne livrons pas plus longtemps à des incertitudes regrettables, mais légitimes, parce qu'ils ne sont pas médecins, les hommes éminents qui, à Paris comme dans la plupart de nos cités françaises, sont à la tête des administrations hospitalières.

M. LE PRÉSIDENT. Si la proposition de M. Le Fort est appuyée, je prierai ceux de nos collègues qui ont pris part à la discussion, de vouloir bien se réunir et nous proposer dans une prochaine séance les conclusions sur lesquelles la Société pourra se prononcer.

La proposition est adoptée.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Pour le secrétaire annuel, LÉON LE FORT.

SÉANCE DU 9 MAI 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Une lettre de MM. Robert et Collin, fabricants d'instruments de chirurgie, qui présentent une modification de l'appareil de Richardson pour déterminer l'anesthésie locale.

M. Holmes, membre correspondant à Londres, adresse un mémoire sur l'emploi des ligatures au fil d'argent dans le traitement de l'anévrysme.

Mort de Michon.

M. LE PRÉSIDENT. Nous venons de perdre dans la personne de Michon un de nos collègues les plus éminents et les plus aimés. La Société de chirurgie était représentée officiellement à ses obsèques par une députation, mais la plupart de ses membres sont venus porter à Michon un dernier témoignage de leur affection. La volonté de notre collègue étant expresse, aucun discours n'a pu être prononcé; Michon n'en vivra pas moins dans notre souvenir.

DISCUSSION.

Hygiène des Maternités.

M. GUYON. Messieurs, s'il est un problème difficile, c'est celui qu'offre au médecin l'étude des affections puerpérales. Ceux de nos collègues qui ont pris la parole dans cette discussion ont éclairé beaucoup des points les plus obscurs de ce sujet. Ils ont en particulier montré avec quelle sollicitude devait être étudiée la prophylaxie d'affections souvent trop rebelles à la thérapeutique, et la nécessité d'une hygiène spéciale pour les accouchées, réunies dans un même hôpital ou dans un même service d'hôpital. La comparaison des résultats fournis par les accouchements dans les bureaux de bienfaisance et ceux qui se font à l'hôpital, a convaincu chacun de nous que c'était faire acte d'humanité que de chercher par quels moyens on pourrait réaliser à l'hôpital les conditions rencontrées en ville.

L'étude des conditions particulières dans lesquelles se trouvent les nouvelles accouchées lorsqu'elles sont réunies, la comparaison des résultats obtenus dans diverses Maternités, nous permettent dès aujourd'hui de croire à la très-grande utilité, à l'efficacité non douteuse de certaines règles d'hygiène. L'intérêt qui s'attache aux nouvelles accouchées de nos hôpitaux est si vif, le désir de faire pour le mieux si général, que je ne puis douter que l'entente ne se fasse aisément sur la théorie et l'application des principales règles de la prophylaxie en matière de maladies puerpérales, c'est-à-dire sur l'hygiène des Maternités. Fort heureusement l'expérience est faite, dans une certaine mesure, des résultats sont acquis, et s'il a été permis à quelques-uns de désespérer des Maternités, il est permis à tous de beaucoup espérer pour les accouchées.

Il serait sage, sans doute, de s'en tenir aux résultats de l'expérience faite et de chercher simplement à imiter et à dépasser ce qui a été

fait de mieux. Mais ce serait peu scientifique et il est plus satisfaisant et peut-être plus sûr pour l'avenir des préceptes à poser en matière d'hygiène des Maternités, de chercher à saisir, dans l'étude des influences qui assiégent l'hôpital, la règle qui doit nous guider et nous permettre de marcher d'un pas ferme sur le terrain solide de la réalité. Ce devait être l'avis de mes collègues ; ce sera également le mien. Je crains seulement que nous ayions tendance à trop simplifier, par suite du désir très-légitime, sinon de tout expliquer, du moins de résoudre la partie la plus importante du problème pathologique qui s'agite sans cesse dans les Maternités.

Je trouve la justification de ces réflexions dans les opinions manifestées par MM. Le Fort et Trélat.

Nos collègues méconnaissent, vous le savez, l'influence épidémique. Je la trouve dans la tendance non moins accusée de M. Le Fort, seul cette fois, à donner à la contagion le rôle principal, à lui accorder dans l'étiologie des affections puerpérales un pouvoir en quelque sorte arbitraire.

Je ne puis me rendre bien compte de ce que nous pourrons gagner pour le but poursuivi, en mettant de côté l'influence épidémique, en exaltant le pouvoir contagieux d'affections qui sont loin d'être considérées comme telles par tout le monde. J'aperçois au contraire les nombreux inconvénients de semblables opinions ; mais avant tout, je suis convaincu qu'elles nous placent en dehors de l'interprétation rationnelle des faits.

Je suis donc conduit sur un terrain ou j'aurais aimé à ne pas m'aventurer et à ne pas vous amener. L'histoire des sociétés savantes est là pour montrer que l'on a toujours peu gagné à discuter épidémie, infection et contagion. Dans l'espèce, je vois le docteur Snow Beck déclarer l'année dernière devant la Société obstétricale de Londres, que les hommes les plus expérimentés sont si peu d'accord sur la question des épidémies et de la contagion, à propos des fièvres puerpérales. que l'on ne peut donner aucune conclusion.

Je regrette qu'il m'incombe une tâche si lourde et si difficile, mais puisque la marche de la discussion m'y a conduit, je voudrais chercher ce qui surtout influe sur le développement des affections puerpérales, dans ce milieu nosocomial, où l'on sait qu'elles rencontrent les conditions les plus constantes et les plus terribles.

Le milieu nosocomial subit des influences qui correspondent à la nature de la population des divers services. Sans entrer ici dans d'autres détails que ceux que comporte la question, je rappellerai combien l'influence de l'hôpital se fait plus lourdement sentir sur les blessés et les opérés.

Plusieurs maladies fébriles guérissent presque aussi bien à l'hôpital qu'en ville; mieux que personne, vous savez s'il en est ainsi pour les blessés. Les chiffres nous ont démontré que ces influences étaient plus fâcheuses encore pour les accouchées.

Il est facile de comprendre que réunies, elles soient dans des conditions plus désavantageuses que toute autre catégorie de malades. Dans une salle de chirurgie, les opérés et les malades atteints de plaies ne constituent pas toute la population. Un certain nombre sont atteints de fractures, de tumeurs, etc., ne présentent pas de surfaces sécrétantes; le jour, plusieurs se lèvent et peuvent quitter la salle.

Dans un service d'accouchements, toutes les malades sont des blessées, toutes sécrètent abondamment, aucune ne quitte son lit; l'occupation est permanente le jour comme la nuit. Vous savez en effet, messieurs, combien, malgré toutes nos instances, il est difficile de garder plus de huit à dix jours à l'hôpital les femmes qui viennent y faire leurs couches.

Cette population spéciale, souvent surmenée par des fatigues morales et physiques, avec toute l'impressionnabilité et toute l'aptitude morbide de l'état puerpéral, réunit les conditions les plus favorables à la création et au développement des maladies d'hôpital et des affections plus spéciales aux accouchées. On y retrouve, dans les plaques pultacées, dans les escarres qui se développent si souvent à la vulve, une des formes de la pourriture d'hôpital, si rare aujourd'hui dans nos grands services de chirurgie. Les infections purulentes et putrides, les érysipèles, quelquefois des phlegmons de mauvaise nature, complètent les principaux et les plus graves spécimens des maladies d'hôpital. Presque constamment vous voyez se produire des embarras gastriques, des diarrhées, tribut si ordinaire de l'acclimatement dans l'hôpital.

Le milieu nosocomial subit très-directement l'influence du nombre des malades réunis et de la disposition des localités. C'est une proposition qui n'a plus besoin d'être démontrée pour les opérés, et qui est plus démontrable encore pour les accouchées. Plusieurs petites Maternités de notre pays donnent de très-encourageants résultats. A Amiens, de 1855 à 1865, sur 1,509 accouchements, 8 décès, toute mortalité comprise. A Évreux, pendant la même période, 323 accouchements, 4 décès, dont un par hémorrhagie. A Nîmes, 442 accouchements, 2 décès, aucun par fièvre puerpérale. A Saint-Étienne, toujours pour la même période de 10 années, 1,788 accouchements, 22 décès, soit 1 sur 89,4. A Cambrai, 128 accouchements, aucun décès.

Ce qui est plus frappant encore, ce sont les modifications absolues qui peuvent succéder à un changement de local. A Rouen, le service

d'accouchement établi à l'Hôtel-Dieu donnait depuis longtemps une mortalité très-élevée. En 1855, on transporte la maternité dans le local qu'elle occupe aujourd'hui à l'Hôpital-Général. De janvier à juillet, sur 207 accouchements il y avait eu 27 morts. En juillet, la Maternité est établie à l'Hôpital-Général; 173 accouchements pratiqués de juillet à janvier ne donnent que 2 décès. Au mois de décembre 1864, je suis chargé, au plus fort de l'épidémie qui désolait la Maternité, du service temporaire ouvert à l'hospice Devillas. Nous quittons cet hôpital au commencement de juin, après y avoir vu pratiquer 202 accouchements. Nous avions perdu 4 malades, dont 1 éclamptique.

Je comprends qu'en présence de semblables faits l'on soit tenté de tout expliquer par l'influence hospitalière, de laisser de côté ou de faire la part la plus restreinte aux influences extérieures, l'on cesserait d'être d'accord avec les faits.

Parmi les influences extérieures, figure celle des saisons. M. Trélat l'a étudiée devant vous, avec plus de rigueur et de netteté que personne. La preuve de cette influence était déjà écrite dans les relevés de Tenon, Delaroche, Dugès, Tonnellé, Berrier-Fontaine, etc. M. Jacquemier, qui insiste sur ces faits dans ses remarquables articles insérés dans la *Gazette hebdomadaire*, à propos de la discussion académique de 1858, ajoute qu'il semble que c'est moins à la température basse qu'à ses variations subites et étendues, à l'humidité et peut-être à la direction des vents, qu'il faut attribuer cette influence fâcheuse. Cette appréciation résulte, pour l'accoucheur si distingué que nous citons, des relevés faits par M. Gérardin, à la Maternité, de 1814 à 1835, de ceux faits dans le même établissement par M. Lasserre, de 1830 à 1841.

Cette influence est donc incontestée. Il est en particulier très-curieux de la voir s'accentuer très-nettement dans l'ancien Hôtel-Dieu, au milieu de la réunion la plus complète de toutes les influences nosocomiales les plus fâcheuses. Vous vous rappelez tous ce que Tenon a écrit sur l'emploi des femmes grosses dans cet hôpital. Mais elle acquiert encore plus d'évidence, grâce à un des résultats statistiques fournis par M. Trélat.

La mortalité a son maximum à la Maternité, en avril et en octobre. Les naissances sont surtout nombreuses en janvier, février, mars et avril, décembre, etc. Bien que le mois d'avril ne vienne qu'en quatrième rang pour les naissances, et soit au premier pour la mortalité, on ne peut méconnaître, ainsi que je l'ai fait remarquer, qu'il n'y ait un double facteur : l'encombrement persistant des derniers et des premiers mois de l'année, encombrement dont l'influence est toujours si fâcheuse, et l'influence saisonnière.

Il n'en est plus de même en octobre qui occupe le second rang pour la mortalité et le huitième pour le nombre des accouchements. Ici, petit nombre d'accouchements, forte mortalité; l'influence des saisons ne saurait être mieux démontrée.

Cette influence extérieure, qui règne surtout au printemps et en automne, a donc une puissance qu'on ne peut méconnaître. Sans doute elle ne crée pas la fièvre puerpérale, sans doute elle agit surtout dans le milieu hospitalier, elle y agit d'autant moins que ce milieu est entretenu et placé dans de meilleures conditions. On peut partout, grâce à des précautions bien entendues, éluder jusqu'à un certain point son influence, mais on ne peut douter un instant, quoique la preuve ne soit pas encore nettement faite, qu'elle n'agisse aussi sur la population urbaine.

Y a-t-il d'ailleurs dans ces faits intéressants quelque chose de spécial aux affections puerpérales ? En aucune façon ; l'influence de l'automne sur l'apparition des dyssenteries, des fièvres typhoïdes graves, est en particulier démontrée. C'est la confirmation d'une loi établie dès la plus haute antiquité et mise hors de doute par les observations répétées des médecins les plus éminents : L'influence des saisons sur le développement ou la propagation de certaines maladies, en particulier sur celles qui revêtent le plus souvent le caractère épidémique.

Ces faits ont eu et ont toujours leur place marquée dans l'histoire des épidémies. C'est la constitution temporaire, ou saisonnière, ou annuelle de Sydenham, ce sont les épidémies constitutionnelles ou *petites épidémies*.

Il faut en effet ne pas les confondre avec les grandes épidémies, l'épidémie proprement dite, celle qui s'étend sur un grand nombre d'individus, qui naît sans cause connue appréciable. Nous sommes d'accord sur ce point, mais on ne saurait refuser à des maladies qui obéissent si nettement à des influences aussi générales, le rang qu'on leur a jusqu'à présent réservé parmi les maladies épidémiques.

Faut-il refuser de croire que la fièvre puerpérale peut aussi se montrer selon le mode épidémique proprement dit ? accepter que les coïncidences entre l'état sanitaire des divers hôpitaux, ou entre celui des hôpitaux et de la ville, est chose imaginaire ?

Que dire alors de l'épidémie de 1819, de celles de 1787, 1788, 1821, rappelées par M. Danyau, lors de la discussion de 1858. Non-seulement plusieurs villes, plusieurs contrées, plusieurs parties d'un même continent furent successivement atteintes, mais on la vit « s'étendre aux femelles des animaux domestiques, aux chiennes par exemple, dans l'épidémie observée à Londres en 1787 et 1788,

et dans celle de 1821, à Édimbourg, ainsi qu'aux vaches qui vêlèrent à cette époque dans plusieurs parties de l'Écosse, enfin aux poules pondeuses des environs de Prague dans l'épidémie de 1835. »

Que dire encore des coïncidences, sinon constantes du moins fréquentes, dans l'état sanitaire de nos divers services ? Cette coïncidence n'existait-elle pas dernièrement à Paris, ainsi que M. Tarnier vous le rappelait dans son discours si complet. J'ai déjà fait voir que cette coïncidence que M. Le Fort n'a pas rencontrée à Paris de 1860 à 1864, pour la Maternité et la Clinique, s'est malheureusement affirmée dans les autres services, et que la mortalité de cette période, s'est presque élevée, à un chiffre double de celui observé depuis le commencement du siècle. (8,46. 9,59. 6,89. 6,79. 8,07 pour cent, au lieu de 4. 4,76. 4,33. 4,97. 4,14. 4,36, chiffres des périodes décennales depuis 1802 jusqu'à 1859.)

On a cherché à maintes reprises des enseignements dans l'histoire des épidémies qui règnent en province. J'ai pu consulter à l'Administration des hôpitaux, le dossier de quelques Maternités de nos départements, pour ces 10 dernières années. A Grenoble, à Amiens, à Lille, à Saint-Étienne, à Rouen, la coïncidence de l'épidémie dans la ville et dans l'hôpital a toujours été constatée.

Comment s'en étonner quand on démontre l'action si nette d'une influence aussi générale que celle des saisons.

Je ne crois donc pas qu'il soit possible d'enlever à l'influence épidémique la part qui lui revient. Il convient seulement de reconnaître, que le mode saisonnier est de beaucoup le plus ordinaire, et ce que nous savons de la mortalité comparée de la ville et de l'hôpital, nous permet de penser que son influence très-sensible dans un milieu nosocomial, est le plus souvent — fort heureusement — beaucoup moins appréciable sur l'ensemble de la population.

A moins de contester les résultats de l'observation journalière faite dans les services d'accouchement, on ne peut nier, comme l'a fait M. Le Fort, que les invasions épidémiques ne puissent quelquefois être prévues.

Il est des épidémies qui commencent brusquement et finissent de même, mais il en est d'autres qui sont annoncées par des signes qui éveillent à juste titre les inquiétudes du chef de service. M. Trélat lui-même ne vous a-t-il pas dit que dès le courant de décembre, la convalescence de ses accouchées était moins franche que précédemment, que plusieurs avaient des malaises, des douleurs abdominales, cependant elles guérissaient encore. Or l'épidémie n'éclata qu'en janvier, et prit son summum d'intensité en février et en mars. C'est dans ces circonstances que l'on voit des cas en apparence peu inquiétants s'aggraver

subitement et courir à la terminaison fatale; tandis que dans les conditions opposées, des cas débutent avec un grave appareil symptomatique et cèdent facilement aux méthodes thérapeutiques usuelles. Ces faits ont une grande valeur, mais je n'y insiste pas, parce qu'ils sont, ainsi que je l'ai dit, le résultat d'observations chaque jour répétées.

Le génie épidémique lui-même ne peut être laissé de côté. Il importe seulement de s'entendre sur la signification de cette expression. Il ne s'agit pas d'un souffle malfaisant, mais d'une simple dénomination acceptée de tous, que l'on applique aux maladies pour désigner leur caractère spécial ou leur nature. Or, qui ne connaît les changements de physionomie, les métamorphoses que l'on observe dans la symptomatologie ou dans la forme des fièvres puerpérales? Cela se retrouve dans les relations de toutes les épidémies. En 1854, M. Charrier nous apprend que, pendant les premiers mois de l'année, les lésions abdominales ont été de beaucoup les plus considérables à la Maternité. Après une trève d'un mois, vers le milieu de septembre, les manifestations du côté de la poitrine sont devenues de plus en plus fréquentes, à tel point que la pleurésie simple ou double a été la règle, et la péritonite l'exception. En 1859, M. Témoin nous montre la phlébite et l'infection purulente sévissant au printemps et en été, puis le 17 octobre, la scène change, subitement: la phlébite fait place à la péritonite. Il ne serait pas difficile d'ajouter d'autres exemples. Il est vrai que le pourquoi de semblables faits nous échappe, en nous servant de la dénomination de génie épidémique, nous faisons un modeste aveu d'ignorance, mais en quoi cela peut-il nuire aux progrès et à l'avenir de la science?

Reconnaître et accepter de tels faits, ce n'est pas renoncer à ce que l'on sait de positif, de certain; ce n'est pas méconnaître l'influence souvent prépondérante, l'influence souvent primitive du milieu hospitalier. Cela ne peut donner à personne le droit de rester spectateur indifférent et soumis de la mortalité dans les Maternités.

Messieurs, il est une autre question qui a été soulevée dans cette discussion, celle de la contagion de la fièvre puerpérale. Cette question, qui n'est pas nouvelle, tend à prendre, dans l'étiologie de la fièvre puerpérale, toute la place laissée libre par les causes individuelles; causes très-importantes, mais qu'un examen approfondi a fait mettre au second plan. Il existe, depuis longtemps déjà dans la science, une doctrine qui prend la contagion comme fond de l'étiologie, et qui, grâce à son concours, ne laisse rien d'inexpliqué dans le problème qui nous occupe.

Je dirai volontiers avec le professeur Anglada, que si les observations que l'on a signalées pouvaient être acceptées dans les termes

absolus et avec le caractère de généralité qu'on lui a prêté, la contagion de la fièvre puerpérale aurait cessé depuis longtemps d'être incertaine et que les médecins seraient unanimes sur ce point d'étiologie. J'ajouterai que des désastres répétés auraient dû frapper leurs familles, et leur montrer cruellement la vérité. Vous savez qu'il n'en est point ainsi.

M. Le Fort, qui a adopté cette doctrine de la contagion, la défend avec la conviction la plus entière. Il nous reproche même d'être en arrière du progrès sur ce sujet. Il est un peu dans les habitudes, de trouver que les Français arrivent toujours trop tard en toutes choses. J'aime à espérer, pour ma part, que nous n'arriverons pas à placer la contagion au premier rang de l'étiologie. Ce serait être plus contagioniste que les faits.

Il n'est douteux pour personne qu'il y ait des fièvres puerpérales qui se développent sans causes appréciables, loin de tout contage et de toute infection. Les cas spontanés sont en effet nombreux.

Il ne paraît pas plus douteux qu'il y en ait qui se développent sous l'influence de l'infection.

L'infection doit être soigneusement distinguée de la contagion. Nous la définirons avec M. Anglada qui a écrit un si remarquable traité de la contagion, l'action morbide que produit sur un sujet sain l'air imprégné de matières hétérogènes.

La présence de ces principes, dans une étendue limitée de l'atmosphère, forme ce qu'on appelle *des foyers d'infection;* ces principes reçoivent le nom de miasmes, lorsqu'ils rayonnent du corps de l'homme sain ou malade dans des espaces clos dont l'air se renouvelle mal.

Les sujets qui en subissent l'action peuvent être atteints de dérangements divers en rapport avec leurs prédispositions actuelles. C'est ainsi que le séjour des hôpitaux occasionne des dyspepsies, des embarras gastriques, des diarrhées, etc.; toutes affections auxquelles nous avons déjà vu les accouchées des Maternités être sujettes. Dans ces foyers peuvent donc naître *des maladies diverses, susceptibles de revêtir des caractères différents.*

On a décrit des épidémies de fièvre puerpérale et d'érysipèle; on trouve, par exemple dans la *Gazette médicale,* la relation d'une de ces épidémies qui régna à Aylesbury en 1832 (*Gazette médicale* 1835). La fièvre typhoïde a été aussi simultanément observée.

La coïncidence du développement des érysipèles avec la fièvre puerpérale est un fait bien commun dans les services d'accouchement. M. Trélat vous en citait un bel exemple dans sa récente communication. J'ai eu dans mon service plusieurs érysipèles chez les nouveau-nés au moment où la fièvre puerpérale a le plus sévi. Je dois dire que

j'ai observé comme M. Thore, une péritonite chez quelques-uns de ces petits malades, mais comme cet observateur j'ai noté que l'érysipèle ouvrait la scène et que souvent la mère n'était pas malade.

S'appuyant sur ces coïncidences, Nunneley n'a pas hésité à considérer comme identiques ces maladies nées dans un même foyer!

Pour les enfants il convient de rappeler aussi la fréquence du muguet et des ophthalmies lorsque règne la fièvre puerpérale, et pour celle-ci les formes différentes que personne ne confond. La métro-péritonite, l'infection putride, l'infection purulente, etc., quelle que soit la doctrine à laquelle on se rattache, ne sauraient être considérées comme une même maladie. Entre ces affections diverses et toutes celles qui atteignent les nouvelles accouchées, il existe un lien commun, l'état puerpéral, mais un lien commun ne fait pas l'unité.

Tout ce qui caractérise un foyer d'infection se trouve donc réuni, il serait singulier que de semblables conditions ne pussent pas suffire pour expliquer l'origine et la propagation de la fièvre puerpérale.

Aussi, je ne saurais comprendre que le jour où une accouchée est tombée malade, on cessât de parler de l'infection pour laisser la place à la contagion. Les conditions qui ont créé le premier cas subsistent tout entières alors même qu'elles ont donné naissance à un ou plusieurs autres cas. Et d'ailleurs, ne savons-nous pas que la simultanéité des coups est presque la règle, ce qui se comprend bien mieux quand on explique ces invasions multiples par l'infection, ou une cause plus générale encore, que par la contagion.

Les maladies contagieuses ne se reconnaissent pas d'une manière absolue, ainsi que le dit encore M. Anglada, à ce que leurs causes agissent au contact immédiat, à travers l'air ou par tout autre intermédiaire; mais bien à ce que ces causes, nées d'un acte spécifique de l'économie malade, font éclore une maladie semblable. Voilà le fait essentiel, indispensable, pathognomonique, du mode contagieux. Ce n'est qu'à l'aide de ce critérium que l'on peut étudier les transmissions par contage.

La diversité des formes que je viens de rappeler et la rapidité avec laquelle on passe souvent de l'une à l'autre cadrent mal avec ces justes exigences. L'épidémie qui vient de sévir dans mon service s'est brusquement terminée au commencement de mars, après avoir offert presque exclusivement pendant tout le mois de février, l'infection purulente. Dans les mois précédents nous observions des métro-péritonites ou bien de la fièvre, de la diarrhée, de la stupeur sans douleurs abdominales. Chose assez remarquable d'ailleurs, les malades qui ont présenté, même avec intensité, ce dernier ordre de phénomènes sont arrivées à la guérison.

Je crois cependant que le mode contagieux n'est pas contestable pour certains cas, qu'il peut jouer un rôle dans la propagation de la fièvre puerpérale dans les Maternités. Mais je crois que la contagion intervient comme épiphénomène et non comme fait primordial, que dans les épidémies elle est l'effet et non la cause.

On tomberait donc dans une erreur manifeste, si l'on pensait que la contagion est un caractère pathognomonique des maladies puerpérales. Comme dans beaucoup d'autres maladies, « le mode contagieux est adventice et sous la dépendance de certaines conditions variables et mobiles, parmi lesquelles l'épidémicité et l'intensité relative de la maladie tiennent le premier rang. »

Ne voyons-nous pas, dans les salles de chirurgie, l'érysipèle offrir accidentellement le caractère contagieux?

Vous savez que Bretonneau éveilla le premier l'attention sur la contagiosité de la fièvre typhoïde. Sous sa féconde impulsion furent entrepris de nombreux travaux parmi lesquels il faut citer ceux de M. Gendron publiés en 1834, dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales*. Je crois pouvoir dire que la fièvre puerpérale attend encore des travaux qui étudient aussi complétement ses propriétés contagieuses. Cependant, qui oserait soutenir que la fièvre typhoïde se développe ordinairement par contagion? Qui peut nier l'influence de l'acclimatement, de la mauvaise alimentation, des fatigues excessives, du logement insalubre, de l'encombrement?

Pour la fièvre puerpérale, j'ai déjà eu l'occasion de dire que plusieurs observateurs quoique contagionistes admettaient la non-contagiosité des cas sporadiques. C'est reconnaître, sans l'énoncer, la vérité que je cherche à établir. J'ai cité MM. Bristowe, Holmes, Tarnier, Hervieux; je puis y ajouter M. Churchill.

Je crois en avoir dit assez pour montrer que je ne suis pas disposé à renouveler la querelle mal éteinte des infectionistes et des contagionistes. Il est certainement encore des infectionistes purs et des contagionistes absolus. Il me paraît conforme à la vérité d'admettre dans l'espèce, que sous l'empire des influences nosocomiales fortifiées, aidées par les influences saisonnières ou épidémiques, par l'encombrement, l'occupation trop prolongé des locaux, il peut se créer dans les Maternités de véritables foyers d'infection. Dans ces foyers naît, croît et se propage, souvent avec une redoutable intensité, le fléau puerpéral. A l'influence infectionnelle peut se joindre exceptionnellement le mode contagieux, dans les conditions et la mesure que nous avons essayé de déterminer.

Je montrerai tout à l'heure en tenant compte des résultats obtenus dans les Maternités, combien devient évidente l'influence presque exclu-

sive du mode infectieux. Mais je me réserve de me servir de ces exemples pour entrer dans l'étude de la prophylaxie, et je vous demanderai la permission d'étudier encore quelques points relatifs à la contagion.

Je crois d'abord qu'il n'est pas sans intérêt de montrer ce que devient la contagion infectionnelle, si l'on peut ainsi parler, en dehors du foyer où elle a pris naissance.

Le typhus est le type de ces maladies qui, nées dans un foyer d'infection, peuvent se propager par contagion. La faculté contagieuse s'est trop clairement affirmée pour que personne songe à la nier. Ici l'accord s'est complétement établi.

Je ne citerai que l'épidémie du Val de Grâce en 1856, si bien étudiée par M. le professeur Godelier, qui a consigné son intéressante description dans la *Gazette médicale de Paris.* Le typhus sévit sur des troupes revenues depuis peu de Crimée et casernées à Bicêtre. Du 7 janvier au 20 février 108 typhiques furent soignés au Val de Grâce. « Reçus d'abord dans les différents services de fiévreux, ils furent bientôt dirigés de préférence sur les salles de clinique. Là, pendant trois mois, mêlés en plus ou moins grand nombre aux autres malades, leur présence n'exerce sur aucun d'eux la moindre influence : ni les infirmiers, ni les jeunes médecins de l'école attachés à mes salles, ni ceux qui pratiquèrent les autopsies n'éprouvèrent le moindre effet du contact journalier des typhiques. »

Cependant une transmission eut lieu de malade à malade, et trois sœurs du service de M. Godelier, sur quatre, furent frappées ; deux des sœurs de l'établissement qui soignèrent leurs compagnes furent également atteintes.

La faculté contagieuse de cette terrible affection s'est encore affirmée, mais n'est-on pas frappé de cette transmissibilité si faible ? On ne l'est pas moins de l'atténuation de sa gravité : au Val-de-Grâce 14,3 pour 100 de décès, en Crimée 1 sur 3, puis, dans la seconde épidémie, 1 sur 2 3/10.

Ces faits viennent à l'appui de l'opinion de M. Fauvel, exprimée en ces termes : « Le typhus est un empoisonnement ; il ne se transmet pas par la *peau et le contact, mais par l'atmosphère confinée,* et encore cette atmosphère n'étend pas son action au delà de certaines limites, et elle perd ses facultés infectieuses au grand air, en dehors de son foyer d'infection. »

Pour la fièvre jaune, il en est de même. Vous savez que le cas de notre confrère, le docteur Chaillon, a fait révolution dans l'histoire de la contagion de la fièvre jaune. Ce cas est en effet le seul de transmission de l'homme à l'homme, que l'épidémie de Saint-Nazaire ait fourni à M. Mêlier. Et ce médecin si compétent ajoute : « Je n'en con-

nais pas d'autre dans la science qui se présente avec de pareils caractères et aussi complétement dégagé de toute cause d'incertitude. »

Je ne veux pas multiplier les exemples, mais à coup sûr ce n'est pas non plus par le contact que se transmettent les dyssenteries qu'ont décrites Zimmermann, Tissot, Pringle, Degner, etc.

Je m'étonne donc que les cas de contagion par contact, que les *malades de seconde main*, selon l'heureuse expression de M. Mêlier, se rencontrent si souvent dans les relations de certains médecins convaincus de la contagiosité absolue de la fièvre puerpérale. Je m'étonne encore que l'on puisse aussi aisément la transporter et la propager hors de son foyer avec toute sa gravité, quand des maladies, assurément infectieuses, mais non moins sûrement contagieuses, se prêtent si mal, ou plutôt ne se prêtent pas, à la transmission par le contact, quand leur contagion, née du foyer infectieux, disparaît ou s'atténue en dehors de ce foyer.

Parmi les cas les mieux faits pour impressionner l'opinion, se trouvent ceux qu'ont rapporté MM. Depaul et Tarnier. L'un et l'autre ont vu à la Maternité des élèves sages-femmes en dehors de tout état puerpéral, frappées par le fléau et mourir avec tous les signes de la métro-péritonite. M. Tarnier a donné deux observations, M. Depaul une seule. Certes, voilà des cas bien faits pour montrer comment, dans un foyer d'infection peut naître, peut s'élaborer un agent contagieux. Mais remarquons bien que ces jeunes filles vivaient internées dans la maison, qu'elles ont dû, en quelque sorte, baigner d'une façon continue dans le foyer morbide. A la Clinique, où il y a aussi de la fièvre puerpérale et des sages-femmes externes, rien de semblable ne s'est jamais produit.

Je n'ai pas besoin de dire que ces faits sont absolument exceptionnels, mais ils sont bien de nature à montrer que c'est aussi par empoisonnement que procède l'agent contagieux de la fièvre puerpérale, quand il rencontre les conditions nécessaires à son développement.

J'examine maintenant les faits de contagion de seconde main, cités par M. Depaul. Dans le premier, il s'agit d'une dame dont l'habitation était assez éloignée de la Maternité. On vint chercher M. Depaul dans cet hôpital où il était interne. Il pratiquait une autopsie. Il changea de vêtements, se lava avec le plus grand soin et se rendit auprès de sa cliente. Il y arriva au plus tôt, au milieu de la journée. Le soir même éclata le frisson suivi de près d'accidents très-rapidement mortels.

Le second fait est entièrement analogue, comme circonstances et même temps entre le contact et le début des accidents.

Est-ce donc là le mode habituel selon lequel se développent les

maladies contagieuses? Où est l'incubation? On peut aussi se demander où elle est dans la plupart des cas, puisqu'il est prouvé que les affections puerpérales graves se développent hâtivement; le plus souvent dans les premières vingt-quatre heures.

Remarquons bien que ces malades étaient en dehors de tout foyer infectieux. L'histoire du typhus est encore là pour nous apprendre que les cas d'invasion brusque, foudroyante, ne s'observent que dans les foyers. Hildenbrandt fixe à trois ou quatre jours l'incubation du typhus; M. Bouley (d'Alfort) disait, il y a peu de temps encore à l'Académie de médecine, que l'incubation de typhus des bêtes à cornes qu'il venait d'observer en Angleterre, alors que l'épidémie était dans toute sa force, variait de 5 à 13 à 14 jours. Renault avait montré par ses expériences que l'inoculation du sang de rate, dont les effets sont si terribles, fournit une incubation de 36 heures.

A ces remarques je pourrais ajouter cet autre fait non moins vrai : Dans toute maladie fébrile, née d'une contagion miasmatique, les phénomènes généraux précèdent toujours l'apparition des phénomènes locaux. Certes il y a des cas de fièvre puerpérale où les phénomènes généraux ont une si terrible intensité, que les phénomènes locaux leur sont entièrement subordonnés. Mais encore est-il que, même dans les cas les plus graves, on trouve le plus communément, quand on le cherche, le phénomène local, la douleur abdominale, avant toute apparition des phénomènes généraux. Pour ma part, je l'ai toujours trouvée et notée dans tous les cas observés dans mon service.

L'histoire de la contagion de la fièvre puerpérale ne devrait donc pas se limiter, comme on l'a fait jusqu'à présent, à la constatation de coïncidences plus ou moins bien établies, plus ou moins valables. Il faudrait donner des observations bien complètes et faire l'histoire du mode selon lequel peut s'opérer le transport ou la communication du contage.

On accuse tout, on admet tous les modes possibles. Avec une semblable méthode on doit nécessairement arriver à trouver des faits de contagion.

Cependant certains contagionistes arrivent à quelques restrictions. Voici les conclusions de Churchill dont j'ai déjà cité l'opinion à propos des cas sporadiques, à la contagion desquels il refuse de croire :

« Enfin, dit l'auteur anglais, pendant que l'évidence me force d'admettre que la fièvre puerpérale peut être transportée, communiquée ou développée par ceux qui s'occupent d'accouchements, après qu'ils ont fait *des autopsies,* et aussi par ceux qui sont en contact avec des malades ou avec *leurs sécrétions* (surtout s'ils n'ont pas pris toutes les précautions nécessaires); il m'est impossible, d'autre part, de

croire à la transmission par contagion de la maladie, lorsque des conditions analogues n'ont pas existé. »

Ainsi, pour Churchill, le fait de la transmission par les tiers se réduirait de beaucoup. Mais je ne crains pas de dire, et c'est l'opinion de médecins très-contagionistes, que ce mode de contage, qui suppose que la fièvre puerpérale est inoculable, est un des plus douteux.

Il est d'ailleurs bien remarquable, qu'avec de telles convictions, personne ne se soit avisé d'inoculer à des femelles d'animaux venant de mettre bas, les fluides contagieux. On sait cependant qu'elles sont susceptibles d'avoir la fièvre puerpérale. Cela prouve une fois de plus combien cette question si grave de la contagion a besoin d'être étudiée et l'a été peu.

J'ai cherché à me rendre compte, dans mon service, des voies et moyens de la contagion.

La Maternité de l'hôpital Cochin a été ouverte le 15 juin 1865. Le premier cas mortel s'est présenté le 17 août. Le 21 août, deuxième et troisième cas, le 25 et le 26, quatrième et cinquième. Bien que le service ait continué à fonctionner, rien jusqu'au 9 octobre; à cette date nouveau cas mortel, puis deuxième et troisième, le 28 et le 30. En novembre, un seul, le 21. En décembre, nous avons sept nouveaux cas mortels, le 9 un cas, le 18 et le 19 trois, le 21 et le 26 les trois autres. Ainsi intervalles de six semaines, de dix-neuf jours, de vingt-deux jours, de seize jours, dans les invasions. Invasions coup sur coup, malades frappées presque simultanément, pas de succession régulière, si ce n'est en mars, où nous avons eu trois infections purulentes sur quatre cas. Cette marche saccadée, irrégulière, est bien plus frappante encore quand on la retrouve dans un service anciennement ouvert et souvent éprouvé. A la Clinique, en 1865, aucun cas de fièvre puerpérale pendant les mois de mai, juin, juillet et août. Deux décès sont inscrits en mai, trois en juin, mais ne sont pas dus à la fièvre puerpérale; aucun décès en juillet et août, un seul en septembre.

Si l'on admet la contagion, il faut reconnaître, d'une part, qu'elle frappe des coups bien rapprochés, et, d'autre part, qu'elle s'endort souvent et pour de longs intervalles. Quoi qu'il en soit, nous avons eu à l'hôpital Cochin 27 décès, par affections puerpérales, sur 532 accouchées, ce qui équivaut à 1 sur 19,9 ou 5,02 pour cent. Ce chiffre est arrêté au 1er mai; depuis le 12 mars jusqu'à ce jour, nous n'avons eu aucun nouvel accident à déplorer, l'état sanitaire est des plus favorables. Je me contenterai d'étudier devant vous les seize premiers cas, me réservant de donner plus tard une histoire générale de mon service.

La première femme mortellement atteinte fut couchée dans une

salle entièrement neuve, le 17 août, vers deux heures du matin; cinq autres femmes accouchées, le 16 et le 17, l'occupaient en même temps qu'elle. Elle fut transportée à l'infirmerie le 19 dans la soirée. Elle avait eu son premier frisson le 18, à une heure du matin. Le lit qu'elle avait occupé fut complétement débarrassé de sa literie, lavé et laissé sans garniture, ainsi qu'il est toujours d'usage dans nos salles. Nous n'avons pas de rideaux; le lit était réduit à son cadre de fer. Le 21, dans la soirée, deux femmes accouchées à quelques heures d'intervalle sont placées dans les lits contigus. L'une était malade dès le lendemain matin à la visite, la seconde à cinq heures de l'après-midi. Toutes les deux moururent.

Ces faits sont très-frappants, mais il faut remarquer d'abord la rapide invasion, et surtout que les seuls objets accusables d'avoir recelé et transmis les germes contagieux, sont les objets mobiliers, les murailles ou le parquet. Il ne faut pas oublier que la première malade avait quitté la salle depuis quarante-huit heures, lorsque ces deux malheureuses femmes y entrèrent et que cinq autres, toutes récemment accouchées, avaient subi bien plus directement des chances de contagion pendant les trente heures qui s'écoulèrent depuis l'invasion jusqu'au transport à l'infirmerie. Les salles n'ont que dix lits; celle dont il s'agit a les numéros de 31 à 40. Les lits n°s 31, 32, 33, 35 et 37 étaient occupés par les cinq autres compagnes de salle de la femme B..., première décédée. Or, elles étaient non-seulement exposées à respirer des miasmes fraîchement élaborés, mais à un danger bien plus sérieux encore, selon l'opinion la plus généralement reçue. Les accouchées sont régulièrement lavées deux fois par jour; elles ont chacune leur linge ou éponge; mais la même infirmière passe successivement de l'une à l'autre dans un temps très-court. Ces cinq accouchées échappèrent cependant à ce double moyen de contagion, auquel on pourrait ajouter celui qui résulte pour certains auteurs du contact du service médical se faisant d'un lit à l'autre. Seule l'accouchée du n° 31 eut des lochies fétides et l'utérus douloureux, mais on l'avait constaté le 17 au matin, avant que la femme B... ne tombât malade.

Je dois encore ajouter que le 21 août deux autres accouchées avaient été placées aux n°s 34 et 36, ce qui complétait la salle. Elles guérirent sans accidents.

Si l'on peut accuser le voisinage du lit contaminé, il faut au moins absoudre les tiers, et cela dans des circonstances bien faites pour rendre leur action funeste.

Je crois intéressant de dire que nous n'avons eu, dans cette salle, un nouveau cas mortel, que le 21 novembre; puis deux autres en

janvier. La salle avait été, il est vrai, mise au repos, largement aérée pendant quelques jours, les literies renouvelées, mais on y avait déjà soigné 42 accouchées lorsque se présenta ce nouveau cas.

Est-ce aux tiers, est-ce au transport des miasmes contagieux par l'air, qu'il faut attribuer les deux cas du 25 et du 26 août, nés aux numéros 28 et 24, salle numéro 3. La salle est en effet sur le même palier, mais à plus de dix mètres de distance, et les jours précédents, le transport atmosphérique ne s'exerçait pas dans la salle primitivement affectée. Seraient-ce les tiers qui auraient eu la puissance qui venait aussi de leur faire défaut ? Toujours est-il que ces deux malades furent presque simultanément prises et que, jusqu'au 8 octobre, nous n'eûmes aucun nouveau malheur à déplorer.

La malade du 8 octobre était atteinte dans la même salle, au numéro 26, alors que les numéros 24 et 28 qui avaient donné asile aux malades du 26 août, avaient reçu depuis des accouchées qui ont parfaitement guéri.

Les malades du 28 et du 30 octobre, furent également atteintes dans cette salle. L'une au numéro 26, l'autre au numéro 30. La coïncidence est ici très-remarquable : le numéro 26 avait été occupé précédemment par la malade du 8 octobre, et le numéro 27 est immédiatement voisin. Il faut bien remarquer cependant que le lit 26 avait été inoccupé pendant quatorze jours, laissé sans literie, lavé, soumis aux vapeurs chlorurées, que la pauvre femme qui l'occupa était dans les conditions les plus misérables, qu'elle ne fut placée dans ce lit que le 28 vers une heure de l'après-midi, et que le 29 à neuf heures du matin, je la trouvais avec tous les symptômes d'une métrite grave. Le 2 novembre, après un frisson (le premier) se manifestèrent tous les signes de la métro-péritonite ; elle mourut le 7, à six heures et demie du soir.

Il faut surtout remarquer que sa voisine du 27, qui succomba aussi, mourut le 27 novembre, c'est-à-dire le vingt-huitième jour, après avoir offert tous les symptômes et, à l'autopsie, toutes les lésions de l'infection purulente.

Les accoucheurs éminents qui admettent une fièvre puerpérale essentielle, en distinguent soigneusement la métro-péritonite, et tout aussi nettement, l'infection purulente.

Nous avons, en faveur de la contagion, les coïncidences, les voisinages de numéros, mais il nous manque un fait nécessaire, un caractère absolu, la reproduction d'une maladie semblable.

Je pourrais montrer maintenant la malade du 21 novembre atteinte, au numéro 32, c'est-à-dire dans la salle vis-à-vis (la première contaminée), ayant dans son voisinage immédiat deux femmes

accouchées la veille, ne communiquant rien à ses voisines immédiates, ni aux autres nouvelles accouchées de la salle. Mais je préfère rapidement passer aux faits du mois de décembre, en faisant remarquer toutefois que cette salle, deux fois contaminée, va demeurer parfaitement indemne de nouveaux cas, malgré la présence des sept malades de décembre et les communications incessantes du personnel.

La salle du premier étage, située vis-à-vis celle-ci, devant être abandonnée, ne reçut plus de nouvelles accouchées à partir du 12 décembre. Deux femmes, accouchées le 1er et le 2, y étaient tombées gravement malades, mais purent être guéries, l'une d'infection putride, l'autre de diarrhée intense avec fièvre vive et phénomènes typhoïdes.

Ce fut au rez-de-chaussée qui contient aussi deux salles disposées comme celles du premier étage, que nous observâmes les sept cas mortels de décembre. Mais ce fut là que les accouchées furent placées en plus grand nombre. Car, sur 45 femmes accouchées du 9 au 31, 12 seulement furent placées dans la salle numéro 4, et 4 dans la salle numéro 3. Il y en eut donc 32 reçues dans les vingt lits du rez-de-chaussée, dans l'espace de vingt et un jours.

La malade du 9 décembre, fut atteinte au numéro 10 ; le 18 et le 19, sur 6 accouchées, 3 tombent malades dans les premières heures qui suivent l'accouchement, et meurent du troisième au quatrième jour. Elles sont prises toutes les trois, le 19 décembre, à peine à quelques heures d'intervalle, l'une cinq ou six heures après l'accouchement, la seconde à la douzième heure, la troisième de la douzième à la vingt-quatrième heure. Elles ne sont pas dans la même salle, et deux d'entre elles ont été témoins, à la salle d'accouchement, de la mort subite, après le travail, d'une de leurs compagnes.

Jusqu'au 26 décembre, aucun nouveau cas, quoique 11 accouchements aient eu lieu, que ces trois cas fussent les plus graves que nous eussions encore eus, et que l'action des tiers ait pu s'exercer librement.

Le premier cas du 26 décembre se déclare au numéro 11. Le numéro 12 avait été occupé, jusqu'au 20 décembre, par une des dernières malades. Il était donc abandonné, vidé et nettoyé depuis cinq jours. Des accouchées nouvelles, qui avaient été placées aux 13, 15 et 16, et subi la présence de la malade, étaient restées indemnes. Il faut donc encore absoudre les tiers et accuser le mobilier. Mais alors que ce numéro 11 est encore occupé par la malade dont nous parlons, on place au numéro 12, dans ce lit que nous accusons, une autre accouchée du 26 décembre, qui subit à la fois le voisinage d'une malade et l'influence d'un lit quitté six jours avant par une autre ma-

lade, et qui cependant échappe à ce double danger et à ceux qui pouvaient résulter du contact des tiers, infirmiers ou médecins. Une autre accouchée du 26, deux du 29, une du 30, sont placées dans cette même salle numéro 2, et guérissent avec non moins de facilité. Nous n'aurons plus que deux malades dans cette salle, l'une le 17 février, l'autre le 6 mars ; la première avec une métro-péritonite, la seconde avec une infection purulente.

Les deux autres malades du 26 décembre, sont dans la salle numéro 1, aux numéros 10 et 6. Le numéro 10 a été occupé, du 7 au 10 décembre, par la malade du 9 décembre. Il a été inoccupé et vide pendant quatorze jours. La malade placée au numéro 6 tomba malade la première. Le lit numéro 8 venait d'être occupé, du 18 au 21, par une malade de la précédente série. Avait-il pu influencer la malade actuelle du numéro 6 ? Cela n'est pas impossible ; cependant le lit n° 8 était occupé par une accouchée du 26 décembre, qui ne tomba pas malade. La malheureuse malade du numéro 6 n'influença pas davantage une accouchée du même jour, placée au numéro 5. Il y avait encore dans cette même salle, au numéro 2, une autre accouchée de ce même jour, qui se trouvait au voisinage immédiat du numéro 1; abandonné seulement le 24, par une des malades de la précédente série.

Ainsi le lit le plus anciennement abandonné est celui dont l'effet se ferait le plus sûrement sentir ; le voisinage immédiat d'une malade, l'habitation d'un lit récemment abandonné, restant sans résultat fâcheux.

Si de semblables faits doivent laisser des doutes dans l'esprit de tout chef de service qui a le sentiment de sa responsabilité, ils ne peuvent assurément permettre d'établir que c'est par le mode contagieux que sont nés tous ces cas.

La contagion par les objets mobiliers, qui semble si prouvée au début, subit bientôt de bien gros démentis. Je suis loin cependant de ne pas en tenir compte ; c'est un des modes les plus démontrés de la contagion miasmatique. Mais on ne saurait méconnaître l'importance des faits négatifs quand ils sont les plus nombreux et aussi frappants. Il faut remarquer aussi qu'en dehors de la série du mois d'août, ce sont les mois ordinairement mauvais qui ont donné des malades ; que nous avons eu un encombrement réel, car sur 538 accouchements faits en dix mois et demi, nous en avons pratiqué 241 dans les mois d'octobre, novembre, décembre et janvier ; enfin que, dans ces mêmes mois, la Maternité et la Clinique ont été le théâtre de grandes mortalités.

La contagion par les tiers n'a pu être prouvée, et nous l'avons vu

manquer son effet dans les occasions où elle semblait devoir le mieux s'exercer. Le transport par l'air ne s'est pas affirmé davantage, quand des malades ont été en présence. Si le rayonnement est si rare et si faible dans le foyer, comment admettre le transport par la communication de l'air d'une salle à l'autre, ou à travers l'escalier. Ce qui peut seulement être accusé, quand on tient compte de toutes les circonstances, c'est l'influence du mobilier, de la salle, influence restreinte d'ailleurs, limitée au voisinage immédiat ou à l'occupation du même lit, mais manquant souvent son effet. Cela suffit pour qu'une sage prophylaxie en tienne le plus grand compte, mais ne peut servir à expliquer la propagation par la contagion seule et par tous les modes possibles de contagion, libéralement accordés à la fièvre puerpérale. alors que les maladies les plus contagieuses ont le plus souvent leur moyen particulier, leur voie spéciale de contamination.

Je ne chercherai pas à tirer de ces faits des arguments pour ou contre la valeur réelle de la Maternité de l'hôpital Cochin. Je suis d'avis qu'on ne peut encore la juger. Ceux qui la connaissent et qui savent quels incontestables progrès elle réalise penseront qu'elle est appelée à fournir de bons résultats Ce qui me reste à exposer à propos de la prophylaxie, contribue à m'en donner la ferme espérance.

Messieurs, c'est en vous citant des faits, que je vais chercher à indiquerles règles qui doivent êtreappliquéesà l'hygiène des Maternités.

Deux de ces établissements méritent surtout d'attirer l'attention. Ce sont les Maternités de Rouen et de Dublin. La Maternité de Rouen a déjà été citée avec éloge dans cette discussion; vous connaissez aussi la statistique de Dublin. J'ai visité la Maternité de Rouen avec M. Husson, directeur général de l'assistance publique et M. Ser, ingénieur de cette administration. Je dois à l'obligeance de notre président, M. Giraldès, des renseignements très-circonstanciés sur la Maternité de Dublin ; ils nous avaient fait défaut jusqu'à présent. Ils ont été transmis à notre honoré collègue, par le docteur Denham, chirurgien en chef.

M. le docteur Hélot, qui dirige avec autant d'habileté que de bonheur le service de Rouen, y a établi dès l'origine le système de l'alternance à courtes périodes. Chaque salle est occupée, à tour de rôle, environ pendant dix jours. Elles contiennent neuf lits; on n'en remplit jamais que huit au maximum. La salle vidée reste en aération constante, jusqu'au moment où elle est de nouveau livrée aux femmes accouchées. Cette aération est aussi de dix jours environ. Lorsque les femmes quittent l'une des salles, on enlève tout ce qui compose le coucher, le lit, la paillasse et les oreillers exceptés. On remplace cette dernière tous les trois mois. Les lits ont des rideaux; ils ne sont

changés qu'une ou deux fois par an, quand ils sont salis accidentellement, ou après un décès.

Les femmes sont tenues dans le plus grand état de propreté; M. Hélot veille avec la plus grande sollicitude à ce que rien ne soit négligé à cet égard. Les alèzes qui reçoivent le sang et les lochies sont très-fréquemment changées, jusqu'à dix fois par jour, s'il est nécessaire, le linge sali immédiatement enlevé. Les femmes sont lavées trois fois dans les vingt-quatre heures ; le linge est chauffé à l'étuve contenue dans le calorifère de la salle. « Les femmes atteintes de fièvres puerpérales sont maintenues d'ordinaire dans les salles communes, sauf le cas où la maladie prend une gravité qui menace prochainement les jours de la malade. Dans ce cas, elle est transportée dans l'une des chambres du troisième étage, ou bien les autres femmes sont déplacées pour leur épargner les impressions fâcheuses que pourrait occasionner la mort de la malade. »

La propreté la plus grande règne dans tout l'établissement, mais rien de particulier n'a été cherché dans l'aménagement, qui est aussi simple que possible. Il y a cinq salles, dont quatre de neuf lits, une de six, et deux petites chambres.

Depuis l'ouverture, 18 juillet 1855, jusqu'au 1er janvier 1866, on a pratiqué 4,393 accouchements. Il y a eu 44 décès par fièvre puerpérale, 19 par accidents de suites de couches autres que la fièvre puerpérale, 10 par causes étrangères aux suites de couches; ce qui donne pour le total des décès 1,661 pour 100, ou 1 morte sur 60,178 accouchées; et pour la mortalité par fièvre puerpérale, 1,100 pour 100 ou 1 morte sur 99,840 accouchées.

A l'Hôtel-Dieu de Rouen, dans les neuf années précédentes, l'on avait pratiqué 2,947 accouchements et compté 153 décès, soit 5,191 pour 100 ou 1 sur 19,261.

La Maternité de Dublin a été fondée en 1745 par Bartholomew Mosse, qui en fut le premier chirurgien ; elle n'occupe le local actuel, ordinairement désigné sous le nom de Rotundo, que depuis 1757.

Elle a cent cinquante lits, distribués dans onze salles. Neuf reçoivent tour à tour les femmes en travail, une reçoit les convalescentes et la dernière est destinée aux maladies des femmes.

Chaque salle comprend une grande chambre et deux petites; dans la plus grande, on accouche les malades et on les soigne après la délivrance; les petites sont destinées à recevoir des cas que l'on trouve avantageux d'isoler, ou des malades payantes.

Les neuf salles de travail sont remplies tour à tour ainsi qu'il suit : aussitôt que tous les lits d'une salle sont occupés par des femmes venant d'accoucher, on admet les femmes en travail dans la seconde et

on laisse se vider la première, ainsi de suite. En moyenne une salle est remplie en moins de quarante-huit heures, généralement en vingt-quatre. Les malades, si elles sont suffisamment bien et si elles le désirent (car on les laisse libres), sont renvoyées le huitième jour. Dans tous les cas, la salle est vidée ce jour-là et les femmes qui ne sont pas assez fortes pour sortir, sont placées dans les salles des convalescentes jusqu'à rétablissement. Ainsi, en huit jours, la salle première pleine est vidée, et alors elle est lavée, nettoyée complétement, et un courant d'air est établi jusqu'au moment où elle doit être de nouveau mise en service, ce qui n'arrive qu'après deux ou trois jours de repos.

Tous les lits sont en fer, à rideaux, et sans ciel. Les matelas sont des sacs en coutil remplis de paille molle, qui est changée tous les huit jours. On apporte le plus grand soin à la propreté personnelle de chaque malade. Il y a toujours une grande provision de linge propre, tellement que chaque femme peut, dans son court séjour dans la salle, être changée de draps cinq ou six fois, si c'est nécessaire, outre le change du linge de garniture.

On ne laisse jamais séjourner près des malades du linge ou de l'eau sales.

On maintient dans les salles une ventilation complète à l'aide de tubes qui ouvrent sur le toit, tandis que l'air est admis des corridors dans les salles par des rangées de petits trous disposés à la partie supérioure des portes. C'est à cette ventilation « libre, » dit le docteur Denham, qu'on peut, dans une certaine mesure, attribuer la rareté de la fièvre puerpérale.

On pratique chaque année 2,000 accouchements en moyenne; depuis la fondation jusqu'à 1862, on en compte 193,876; il y a eu 2,352 morts, ce qui donne 1 mort sur 82 accouchées, toutes causes de mortalité comprises.

Ces deux Maternités fonctionnent donc de la même manière; les mêmes principes ont évidemment guidé les hommes distingués qui les dirigent, tout est mis en œuvre pour prévenir l'infection, rien n'est fait contre la contagion.

Il est bien intéressant de voir les mêmes résultats obtenus par des méthodes identiques, surtout lorsque ces résultats sont exceptionnels. Les chiffres que nous venons de citer ne sont pas comparables à ceux qu'a fournis l'assistance à domicile, mais, comme chiffres hospitaliers, ils sont très-remarquables. On ne les retrouve que dans les très-petits établissements. Ils renferment de nombreux enseignements et nous montrent nettement la voie où l'on doit s'engager pour faire de bonne hygiène dans les maternités.

Ces enseignements deviendront plus clairs encore, si nous comparons les résultats dont nous venons de parler, à ceux que des mesures ou des réformes d'une autre nature ont permis d'obtenir.

De toutes les Maternités d'Europe, l'Institut des sages-femmes de Saint-Pétersbourg placé sous le patronage de la grande-duchesse Hélène, et dirigé par un médecin des plus distingués, le docteur Hugenberger, applique avec le plus de rigueur le principe de la séparation des accouchées saines, et celui de la séquestration des accouchées malades. En un mot, on obéit surtout, dans cet hôpital, à l'idée de la contagion. La réforme a été opérée en 1852. Le tableau que publie M. Le Fort comprend quinze années. Je prends un nombre égal d'années avant et après la réforme, en laissant de côté l'année 1852 où elle a été opérée. Je vois qu'avant la réforme, il y a eu pour sept années 2,648 accouchements et 82 morts, soit 1 décès sur 32,17; après la réforme, 4,807 accouchements et 141 morts, soit 1 décès sur 34,09.

Cependant les accouchées sont placées dans des chambres séparées, les femmes malades sont aussitôt transportées dans une infirmerie composée de chambres séparées et soignées par un personnel spécial. Il est défendu d'entrer dans les salles après avoir fait une autopsie ou après avoir manié ou touché des produits morbides. Les chambres non occupées restent ouvertes, quelle que soit la saison, et l'on y fait des fumigations de chlore, de vinaigre de sureau.

A Berlin, toutes les accouchées malades sont transportées à l'hôpital général, l'isolement est donc absolu. M. Le Fort n'a pu fournir de statistique que pour l'année 1864, qui donne 1 mort sur 36,3 accouchées; mais il nous apprend que des renseignements pris sur les lieux mêmes, lui donnent lieu de croire que la fièvre puerpérale règne assez fréquemment dans cette Maternité.

En France, à Caen, les malades atteintes de maladies non puerpérales, sont transportées dans les salles de médecine, celles atteintes de maladies puerpérales dans une salle de l'hôpital qui leur est spécialement réservée et qui est éloignée de la Maternité. La mortalité dépasse 5 pour 100.

Quand on envisage la question au point de vue pratique, on pourrait dire expérimental, on arrive donc au même résultat que lorsqu'on l'étudie au point de vue doctrinal. On ne saurait douter que la doctrine de la contagion absolue est aussi peu fondée en théorie qu'en pratique.

On voit au contraire combien est réelle l'influence de l'infection, de l'imprégnation hospitalière, non pas par un prétendu miasme spécifique, mais par ceux qui s'échappent des accouchées *saines* ou *malades*.

C'est cette imprégnation que l'hygiène appliquée aux Maternités a surtout pour mission de combattre.

Ce qui montre bien que l'infection et la contagion doivent être soigneusement distinguées, c'est qu'en l'absence de cette distinction, la prophylaxie reste incertaine et par conséquent inefficace.

L'alternance rapide est évidemment le procédé le plus sûr pour combattre les fâcheux effets de la réunion des accouchées.

Remettre après chaque accouchement le lit, la chambre ou la salle en état de virginité, est assurément le moyen de se rapprocher le plus de ce qui se passe en ville, où il n'y a pas seulement, dans un local donné, une accouchée unique, mais surtout une accouchée rare, la chambre et les objets mobiliers ne devant pas subir, avant une année au moins, le contact d'une nouvelle accouchée. Or ce contact peut devenir dangereux, s'il se répète fréquemment dans un même lieu, que ce soit une salle ou une chambre, que l'accouchée soit *saine* ou *malade*.

Aussi sommes-nous disposé à penser que les lavages, le changement de la literie et la purification atmosphérique ne peuvent être suffisants que pour un temps donné.

Il convient alors de recourir aux purifications chimiques, aux lessivages qui viendront une ou deux fois par an purifier, jusque dans ses moindres parties, le local occupé par les accouchées. Les purifications chimiques par les vapeurs nitreuses, instituées dans les hôpitaux de Paris et mises en usage à la Maternité et à l'hôpital Cochin, par M. le professeur Regnault, paraissent avoir une réelle efficacité.

Mais, à côté de ces purifications, de ces lavages, de l'alternance, il ne faut pas oublier de mettre les purifications de chaque jour, qui s'adressent à l'accouchée, à l'atmosphère, à la salle.

On l'assurera, pour l'accouchée, par les lavages et changements de linges répétés ; pour la salle, par le bon ordre, les nettoyages scrupuleux de chaque jour ; pour l'atmosphère, par l'ouverture des fenêtres ou par des prises d'air convenablement ménagées. On sait combien l'air pur, la propreté, atténuent ou détruisent la puissance des émanations miasmatiques; aussi l'aération et la propreté de chaque jour ne peuvent être que complétées, rendues plus parfaites, et non remplacées par celles de l'alternance.

La séparation des accouchées malades est assurément une sage mesure ; même à défaut d'une contagion possible, il y aura toujours intérêt à éviter aux accouchées saines le spectacle des souffrances et de la mort de leurs compagnes.

Tout le monde est convaincu aujourd'hui qu'il faut construire de petites salles et de petites Maternités, donner beaucoup d'espace pour peu d'accouchées, et en cas d'épidémie, substituer, s'il est nécessaire,

l'évacuation à l'alternance. Les faits que nous venons d'exposer ne peuvent que donner plus de force à ces opinions.

Le système de l'alternance à courtes périodes n'est possible que dans de petites salles, et il convient, pour le faire convenablement, qu'elles ne communiquent pas entre elles.

Il serait plus facile encore avec des chambres isolées, mais aucune des expériences faites n'a été assez bien instituée, pour que l'on puisse avoir sur leurs avantages possibles une opinion arrêtée. La seule expérience radicale est celle qu'a proposée, en dernier lieu, M. Tarnier ; elle réunit des conditions d'expérimentation rigoureuse qui sont de nature à engager à la tenter.

C'est à dessein, messieurs, que je n'ai pas abordé la question de l'assistance à domicile. C'est évidemment le meilleur mode possible d'assistance pour les accouchées. Vous savez qu'il fonctionne largement et régulièrement à Paris, vous connaissez ses excellents résultats ; mais comme nous avons, et comme nous aurons probablement encore et toujours des Maternités, j'ai cru devoir rester dans la question d'hygiène. La dissémination des femmes en couche dans les services généraux est aussi l'un des corollaires de la question ; j'ai eu l'occasion de l'indiquer ailleurs, mais je ne l'aborderai pas ici. Les points que j'ai cherché à étudier m'ont forcé à beaucoup abuser de votre attention, et bien que j'aie dû les traiter fort incomplétement, j'arrêterai ici cette longue communication.

PRÉSENTATION D'APPAREILS.

M. Robert présente à la Société l'appareil dont il a été fait mention dans la correspondance.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 16 MAI 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

M. le docteur Danyau, membre fondateur de la Société, écrit pour obtenir le titre de membre honoraire.

— M. Depaul s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

— M. le docteur Moré adresse quelques documents relatifs à une observation d'invagination intestinale qu'il avait adressée il y a quelque temps. Cette note sera remise à M. Foucher, chargé de faire le rapport.

La Société reçoit :

Outre les journaux hebdomadaires,

Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*,

Et le programme du congrès médical qui doit avoir lieu à Strasbourg, le 27 août 1866.

COMMUNICATION.

Tumeur de la vulve. — Gangrène de la jambe.

M. PRESTAT (membre correspondant à Pontoise). Je demande à la Société l'autorisation de l'entretenir de deux cas d'opération chirurgicale qui se sont présentés dans ma pratique.

Le premier a rapport à une tumeur située à l'orifice du méat urinaire chez une femme. En voici l'observation.

Au commencement d'avril 1866, je fus consulté par une femme âgée de soixante-dix ans, pour une tumeur qu'elle portait depuis trois ans dans la vulve et dont elle ne s'était jusqu'alors occupée en aucune façon ; mais de petites hémorrhagies, qui se répétaient presque chaque jour depuis une quinzaine, l'avaient inquiétée, et elle désirait savoir ce qu'il fallait faire pour être débarrassée. Cette femme, âgée de soixante-dix ans, est usée au moins autant par les fatigues que par l'âge. Elle a eu de nombreuses grossesses et a allaité plusieurs enfants. La tumeur, située entre les grandes lèvres, est percée à son centre par le méat urinaire. Elle a environ 10 centimètres 1/2 de haut en bas, sur 10 centimètres de large, et, depuis quelques semaines, elle a presque doublé de volume. Elle est molle et saigne au moindre contact. Je pensai qu'il fallait enlever cette tumeur, et ma proposition fut acceptée. L'opération fut facile; la tumeur, saisie avec un serre-nœud, fut étranglée et enlevée de deux coups de ciseaux. Un léger écoulement de sang céda à des lotions froides.

Les suites de l'opération furent simples ; le seul incident désagréable fut une rétention d'urine qui, pendant plusieurs jours, nécessita l'emploi de la sonde. L'examen de cette tumeur, que je mets sous les yeux de la Société, m'a fait penser qu'il s'agissait d'une tumeur carcinomateuse.

La malade est en ce moment guérie. Y aura-t-il une récidive ?

Le second fait, dont je veux entretenir la Société, est une gangrène

de la jambe, par suite de l'oblitération de l'artère crurale, oblitération déterminée par un appareil de fracture de cuisse.

Au commencement d'août 1865, je fus demandé pour donner mon avis à un jeune homme de seize ans, qui avait été blessé cinq semaines auparavant.

Le sieur B..., âgé de seize ans, aide dans un moulin situé à 10 kilomètres de Pontoise, avait été saisi par ses vêtements et entraîné autour d'un arbre de couche. Lorsqu'on eut arrêté le moulin, B... avait une fracture du bras droit, une fracture de la cuisse droite et une contusion très-grave des deux talons. Le talon droit était moins gravement blessé que le gauche. La fracture de cuisse fut placée sur un appareil à suspension, et la cuisse seule serrée dans un appareil qui ne s'étendait que jusqu'au genou. Au bout de quelques jours le sphacèle s'empara du tiers inférieur de la jambe et du pied. Au moment de ma visite, cinq semaines après l'accident, la séparation des parties molles gangrenées était très-avancée, et les deux os de la jambe apparaissaient complétement découverts; le jeune B... était très-affaibli, presque anémique, en proie à une fièvre ardente, sans appétit. La partie gangrenée répandait dans toute la maison une odeur insupportable. Le médecin qui soignait B... n'aurait voulu procéder à l'amputation que plus tard, pour ne pas entraver le travail de consolidation de la fracture du fémur. J'insistai vivement pour que cette amputation se fît le plus tôt possible.

Quel ne fut pas mon étonnement, lorsque le 14 août, le père de B... vint me dire que le médecin traitant s'était refusé à faire l'opération, que son fils était bien plus faible qu'au moment de ma visite, et me prier de l'admettre à l'Hôtel-Dieu de Pontoise pour pratiquer l'amputation.

Le 15, le petit blessé fut apporté dans un bateau avec la moindre fatigue possible, et cependant il était tellement faible, qu'au moment de son arrivée je dus me contenter de séparer d'un trait de scie les os de la jambe, au niveau de la partie vivante, pour débarrasser le blessé de cette horrible puanteur et n'en point infecter la salle.

Le lendemain, en examinant B.... je constatai que la fracture n'avait pas été réduite, qu'il y avait un chevauchement considérable des fragments, et qu'il n'y avait pas de consolidation, même commençante. Je dus dès lors songer à l'amputation de la cuisse, qui fut pratiquée le 17. Après l'amputation faite, nous reconnûmes que l'artère fémorale était oblitérée par un caillot adhérent aux parois vasculaires. Comme j'ignorais si je n'étais pas très-près de la limite supérieure du caillot, je plaçai une ligature sur l'artère crurale. De nombreuses branches artérielles supplémentaires versèrent du sang. Elles furent

liées, sauf deux, qui, situées dans un infundibulum, ne pouvaient être saisies et nécessitèrent l'emploi d'un tampon imbibé de perchlorure de fer..

L'autopsie du membre montra que le caillot s'étendait jusqu'à la partie inférieure de l'anneau aponévrotique des muscles adducteurs.

La guérison fut obtenue sans complications; l'appétit se rétablit promptement et les forces du malade revinrent rapidement, et au bout de deux mois il quitta l'Hôtel-Dieu.

Il résulte évidemment des détails ci-dessus énoncés, que l'oblitération de l'artère crurale a été occasionnée par la compression exercée entre l'attelle interne de l'appareil et les deux fragments du fémur, croisés dans une étendue de 6 à 7 centimètres. En effet, le talon droit était bien moins maltraité au moment de l'accident que le talon gauche, et ce n'est que vers le quinzième jour après l'accident que la gangrène se déclara.

DISCUSSION.

Hygiène des Maternités.

M. TRÉLAT présente, au nom des membres de la Société qui ont pris part à la discussion, des conclusions rédigées par MM. Le Fort, Tarnier et Trélat. Elles résument les faits principaux de la discussion. M. Danyau ne pouvant assister à la séance, envoie par écrit, son adhésion pleine et entière aux conclusions formulées par ses collègues.

M. BLOT. Nos collègues n'ont pas donné la conclusion la plus logique et la plus importante. Demander la suppression des Maternités, dans la limite du possible, me paraît la conséquence obligée de tout ce que nous savons de leur mortalité. Il serait facile de n'en pas avoir dans les villes qui n'ont pas de population flottante. A Paris et dans les grandes villes, on pourrait beaucoup les réduire, en donnant une plus grande extension au service à domicile. Je demande à ce que l'expression de ce vœu soit ajoutée à vos conclusions.

M. TARNIER. J'avais présenté une conclusion qui aurait pu satisfaire M. Blot; elle a été rejetée parceque l'on a pensé devoir s'en tenir à la question d'hygiène en laissant de côté celle de l'accouchement à domicile.

M. TRÉLAT. J'ai plaidé dans le sens qu'indique M. Tarnier. Ne pas avoir de Maternités est actuellement impossible. Nous avions à nous occuper de leur hygiène et non des moyens d'assistance à donner aux classes pauvres pour les accouchements.

M. LE FORT. Il est évident que beaucoup des femmes qui viennent à l'hôpital pourraient accoucher chez elles. Mais, les relevés intéres-

sants faits par l'administration, montrent qu'un bon nombre sont réellement sans asile. Je crois cependant que la proposition de M. Blot doit être acceptée, car nous devons, au point de vue médical, désirer que le nombre des accouchements à l'hôpital soit diminué. Il y a plusieurs moyens d'y arriver; j'avais pour ma part proposé, l'année dernière, à M. Husson, qui l'a mis en pratique, de faire accoucher les clientes de l'hôpital chez les sages-femmes de la ville. Il y a aussi à imiter ce qui se fait à Londres et à Berlin.

M. CHASSAIGNAC. Je me rattache complétement à l'avis de M. Blot. La Société de chirurgie doit dire franchement son opinion, et puisque les Maternités sont dangereuses pour les femmes qui y cherchent un asile, il faut demander leur suppression. Cela vaut mieux que de s'épuiser dans la recherche idéale d'un modèle de Maternité. Quand on évacue la maison d'accouchements les femmes trouvent cependant où faire leurs couches. On leur ouvre les hôpitaux ordinaires. Pourquoi ne pas les y disséminer dans tous les services, au lieu de les réunir dans des hôpitaux spéciaux dont les dangers sont évidents? Il faut céder à la réalité et faire entendre qu'ici, plusieurs d'entre nous pensent que les Maternités sont un mal.

M. BOINET. Il suffirait de créer trois ou quatre lits dans chaque bureau de bienfaisance, pour répondre aux besoins de la population flottante.

M. TARNIER trouve la suppression absolue beaucoup trop radicale. Si telle est l'opinion de la Société, dit-il, nos conclusions sont inutiles.

La Société décide, à une forte majorité, que la première conclusion sera modifiée. On y exprimera le vœu de la diminution et de la suppression graduelle des Maternités.

DEUXIÈME CONCLUSION.

M. VELPEAU. Je vois dans cette conclusion un engagement pris par la Société sur un point de doctrine. La contagion de la fièvre puerpérale est douteuse pour beaucoup. Elle est acceptée avec réserves par ceux-là mêmes qui y croient. Je pense qu'il n'est pas nécessaire de voir figurer dans une conclusion que vous allez voter, un point de doctrine qu'une étude plus complète peut faire abandonner. Je ne me suis pas mêlé à la discussion, mais je crois devoir engager la Société à une grande réserve sur ce sujet.

M. LE FORT. Si l'on n'exprime pas le fait de la contagion, il n'y a aucune conclusion possible.

M. CHASSAIGNAC. Je crois que nous devons donner les motifs scientifiques de nos conclusions, cela dût-il engager nos opinions.

M. VELPEAU. Mes collègues m'accorderont bien que je ne suis pas suspect d'antagonisme sur la question de la contagion. J'ai professé toute ma vie que des maladies que personne ne considérait comme contagieuses, peuvent l'être dans certaines circonstances. Il peut en être ainsi pour la fièvre puerpérale. Mais c'est une chose grave, que d'affirmer semblable fait par un vote; de déclarer contagieuse une maladie qui ne l'est qu'accidentellement. Je ne vois pas d'ailleurs la nécessité d'une semblable déclaration.

M. BLOT. J'appuie très-vivement les réflexions de notre maître M. Velpeau. Je trouve une semblable conclusion très-prématurée. La question de la contagion a été nettement posée à l'attention de tous, depuis fort longtemps en particulier par la discussion de l'Académie. Personne n'est venu apporter des faits nouveaux ; en a-t-on donné d'irrécusables dans cette discussion ? Je trouve comme M. Velpeau qu'une Société ne saurait s'engager sur une question aussi peu établie.

M. GUYON. Je n'ai pu défendre cette opinion devant mes trois collègues puisque je n'assistais pas à leur réunion. Mais je l'ai formulée dans des conclusions remises à M. Trélat. Mes raisons sont celles qu'ont données MM. Velpeau et Blot, je les ai longuement exposées dans ma communication, je me garderai bien de les reproduire, mais je suis heureux de les voir appuyées.

M. LE FORT. Je suis, je le répète, d'un avis absolument opposé. Je crois que la contagion est le fait essentiel à considérer, que c'est par lui que s'explique la propagation de la fièvre puerpérale ; je ne saurais donc trop défendre la rédaction de nos conclusions.

M. TRÉLAT. Nous partageons à un degré plus ou moins grand la croyance à la contagion de la fièvre puerpérale. Nous ne pouvions dire autre chose que ce que nous pensions, sous peine de passer pour n'avoir pas d'opinion.

M. BLOT propose une nouvelle rédaction de la deuxième conclusion ; elle est repoussée par dix voix contre huit.

La troisième, la quatrième, la cinquième et la sixième conclusion sont adoptées sans discussion.

SEPTIÈME CONCLUSION.

M. VERNEUIL. Il ne faut demander que des choses possibles. Vous ne pouvez vous flatter d'obtenir que le médecin puisse, de son autorité privée, faire évacuer une salle. Ne sommes-nous pas d'ailleurs, maîtres dans nos services ? Je puis l'affirmer pour ma part. Exprimez un désir et il est probable qu'il sera entendu.

M. CHASSAIGNAC. Il y a une foule de points sur lesquels l'admi-

nistration a fait les plus grandes concessions. Pourquoi ne pas demander ce que l'on est peut-être disposé à nous accorder ?

M. LE FORT. Nous présentons des conclusions pour les Maternités et non pour les services généraux. Il y a pour les salles d'accouchées des conditions toutes particulières qui obligent à réclamer des mesures exceptionnelles. Nos préoccupations sont d'ailleurs purement scientifiques.

M. TRÉLAT. Il suffit de relire notre conclusion pour voir qu'elle ne s'éloigne pas du sens que vous désirez lui donner ; il est donc facile de s'entendre.

Plusieurs membres demandent la parole ; le vote étant réclamé, on y procède. La conclusion sera modifiée selon le vœu de la majorité, en y ajoutant : « il serait à désirer. »

Les huitième et neuvième conclusions sont adoptées sans discussion.

— **M. LE PRÉSIDENT** prononce la clôture de la discussion sur l'hygiène des Maternités.

Les conclusions adoptées par la Société sont ainsi conçues :

CONCLUSIONS.

I. — La statistique démontre aujourd'hui cette vérité incontestable, que les maladies puerpérales sont beaucoup plus fréquentes, et la mortalité beaucoup plus élevée dans les Maternités et les services spéciaux d'accouchement que partout ailleurs.

La constance ou la reproduction des mêmes faits dans tous les établissements et dans tous les pays, prouve l'intervention d'une influence partout identique : l'hôpital.

Il est donc opportun de développer et d'étendre autant que possible le service gratuit des accouchements à domicile, pour pouvoir restreindre d'abord et supprimer par la suite le service des Maternités.

II. — A l'hôpital, le surcroît de la mortalité qui présente quelquefois une intensité exceptionnelle, désignée habituellement sous le nom d'épidémie, est dû à l'influence presque exclusive de deux éléments : l'imprégnation ou infection hospitalière et la contagiosité des maladies puerpérales.

Ces manifestations de l'influence hospitalière expliquent pourquoi des Maternités d'ailleurs bien situées et bien disposées, peuvent néanmoins être le théâtre de mortalités élevées et parfois extrêmes.

III. — Outre les conditions générales d'hygiène, applicables à tous les hôpitaux, et résumées dans les conclusions adoptées par la Société impériale de chirurgie (séance du 14 décembre 1864), la prophylaxie des maladies puerpérales et de la mortalité qui en résulte dans les

Maternités, doit reposer sur les mesures à prendre contre l'infection et la contagion.

IV. — Pour combattre l'infection, une constante et sévère propreté est indispensable. Après que chacun des lits d'une salle aura été occupé par une accouchée, cette salle sera soumise au repos, à une large aération et à une purification complète de tout le matériel, meubles et immeubles, purification dont le lavage fera la base.

V. — Pour lutter contre la contagion toujours possible et toujours imminente dans les hôpitaux, il faut sinon des chambres séparées pour chaque accouchée saine, au moins des salles bien disposées pour l'aération, sans communication directe les unes avec les autres, et contenant quatre lits au plus.

VI. — Toute accouchée malade devra être immédiatement séparée des accouchées saines, et transportée dans une infirmerie qui occupera un bâtiment isolé. Cette infirmerie, composée de chambres séparées, destinées à une seule malade, sera desservie par un personnel distinct de celui de la Maternité.

VII. — Si, malgré les précautions prises, l'infection hospitalière et la contagion menacent d'étendre leurs ravages sur une Maternité, il faut l'évacuer au plus vite, et soumettre tout l'établissement à un assainissement général. Les menaces d'invasion ne pouvant être appréciées que par les médecins, et l'évacuation devant être opérée à court délai pour être efficace (c'est-à-dire pour limiter le nombre des décès), il serait à désirer que l'application de cette mesure rentrât dans les attributions médicales.

VIII. — Dans les villes où les Maternités ne peuvent pas encore être supprimées, celles-ci doivent, pour réaliser toutes les conditions d'aménagement et d'organisation indiquées, être de petits établissements ; exposées d'ailleurs à des évacuations plus ou moins fréquentes, elles doivent être suffisamment nombreuses pour assurer le service des secours.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. Guyon.

SÉANCE DU 23 MAI 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Les *Annales de la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire ;*

Le *Bulletin de la Société de médecine pratique.*

— M. le professeur Rizzoli, membre correspondant étranger, fait hommage, à la Société, d'une brochure intitulée : *Sur la claudication à la suite des fractures de la cuisse.*

— M. Clot-Bey dépose sur le bureau de la Société une série de mémoires sur divers sujets.

— M. Larrey présente, au nom de M. Bouchard, un travail intitulé : *Du tissu connectif.*

— M. Verneuil présente deux thèses, l'une de M. Raillard : *Étude sur quelques luxations de la cuisse, compliquées de fractures du fémur ;* l'autre de M. J. Dupont : *Des tumeurs de l'orbite, formées par du sang en communication avec la circulation veineuse intra-crânienne.*

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à la Société que M. Clot-Bey, membre correspondant national, assiste à la séance.

A propos du procès-verbal :

Fièvre puerpérale. — Contagion et épidémies.

M. DEPAUL. Je n'assistais pas à la dernière séance ; la Société a voté des conclusions dont je désire ne pas prendre la responsabilité. Je crois tout d'abord que cela n'était pas nécessaire et j'aurais demandé que la Société ne fît pas de conclusions ; mais je tiens surtout à dire mon opinion sur deux points : la contagion et les épidémies dans les fièvres puerpérales.

Que chacun ait son opinion à ce sujet et la soutienne, rien de plus légitime, c'est ce qui a été fait pendant la discussion ; mais demander à une Société de se prononcer sur un point de science aussi discuté que celui de la contagion de la fièvre puerpérale, c'est, à mon avis, l'engager d'une manière fâcheuse. Cette doctrine, que vous af-

firmez aujourd'hui, pourrait bien être démentie plus tard. La Société n'ignore pas combien mon attention a toujours été éveillée sur ce sujet. Eh bien, je déclare que, présent à la séance, je n'aurais pas voté sur la contagion de la fièvre puerpérale.

Je tiens aussi à dire, bien que la Société ne se soit pas engagée sur ce point, que je ne saurais partager l'opinion de ceux de nos collègues qui ont nié les épidémies de fièvre puerpérale. Plus j'avance dans ma carrière, plus j'observe, et plus je suis convaincu du rôle important que joue l'influence épidémique dans le développement de la fièvre puerpérale.

VOTE POUR LA NOMINATION D'UN MEMBRE HONORAIRE.

La Société est appelée à voter sur la demande faite dans la dernière séance, par M. Danyau, membre fondateur.

Vingt et un membres sont présents. A l'unanimité, M. Danyau est nommé membre honoraire.

COMMUNICATIONS.

Ligature des artères avec les fils métalliques.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture du mémoire adressé sous ce titre, par M. Holmes, membre correspondant étranger.

Le mémoire de M. Holmes est renvoyé au comité de publication.

Accidents occasionnés par le chloroforme chez les enfants.

M. BOUVIER communique les observations suivantes, la première est extraite du *Journal clinique hebdomadaire de Berlin,* numéro dn 4 décembre 1855 :

Charles B..., âgé de quatre ans et trois mois, fut amené à la consultation publique de M. Hüter, à Berlin, le 18 novembre 1865. Il venait d'être affecté d'une anasarque scarlatineuse, dont il ne restait plus que des traces au bas des jambes.

Depuis quelques jours, l'excrétion de l'urine était rare, et l'on assurait même que l'enfant n'avait pas uriné depuis deux jours. Il était pâle et avait un air maladif. On le mit sur une chaise, afin de s'assurer de l'état de la vessie. Il fut constaté par la percussion que cet organe était distendu ; mais cet enfant s'agita tellement pendant l'exploration, quoiqu'elle ne fût pas douloureuse, qu'il fut impossible de le percuter exactement. M. Hüter pensa qu'à plus forte raison, le cathétérisme, qui paraissait nécessaire, provoquerait des mouvements désordonnés qui le rendraient impraticable ou dangereux. Il résolut

donc, suivant la pratique usitée en pareil cas, de chloroformer le petit malade. Le chloroforme fut administré, suivant les règles et avec la prudence accoutumées, par le secrétaire de la clinique, exercé depuis des mois à son emploi. L'enfant cria beaucoup, comme cela arrive presque toujours à cet âge, pendant qu'on lui présentait le linge imbibé d'une petite quantité de chloroforme, et la narcose se montra assez promptement, effet ordinaire des grandes inspirations qui succèdent aux cris. M. Hüter prit alors l'enfant et le plaça sur la table d'opérations. Il y eut encore do l'agitation, et l'on dut tenir encore quelques instants au-devant de la face la compresse, qui ne contenait plus que des traces de chloroforme et qui n'en reçut pas de nouveau. Aussitôt que les mouvements cessèrent, on éloigna la compresse et on ne s'en servit plus à partir de ce moment. La quantité de chloroforme employée fut moindre, dit l'auteur, qu'il n'en faut généralement pour les enfants de cet âge, et elle n'était point comparable à celles qu'on emploie usuellement dans les opérations chirurgicales.

M. Hüter percuta l'abdomen avec le doigt, puis avec le plessimètre, reconnut que la vessie s'étendait jusqu'au milieu de l'espace compris entre l'ombilic et le pubis; il examina le pénis, trouva un phymosis et aperçut une gouttelette de pus dans l'ouverture étroite du prépuce. Tout en appelant l'attention des assistants sur ces circonstances, causes probables de la rétention d'urine, il se fit donner une sonde d'argent et l'introduisit lentement et sans trop de difficulté jusque dans la vessie. Il se passa tout au plus deux à trois minutes entre les dernières inhalations de chloroforme et le moment où la sonde fut introduite; et dans cet intervalle, pendant lequel le petit malade ne respirait que de l'air pur, la respiration et le pouls, qu'on surveillait attentivement, restèrent dans un état parfaitement normal. Mais, au moment où la sonde vient de pénétrer dans la vessie, l'aide chargé de veiller aux effets de l'anesthésie, avertit le chirurgien que l'enfant respire mal. M. H... voit les lèvres bleuir, les jugulaires se gonfler, la respiration se suspendre. Soulevant la tête d'une main, il enfonce le doigt indicateur de l'autre main jusqu'à travers l'isthme du gosier, tant pour prévenir le refoulement de la langue sur l'épiglotte que pour provoquer énergiquement l'inspiration en touchant la muqueuse du larynx.

Le pharynx reste immobile; le contact du doigt avec la face postérieure de l'épiglotte est suivi d'une profonde inspiration. Déjà le pouls ne battait plus, et plusieurs des assistants, s'en étant aperçus, s'étaient empressés d'appliquer sur la peau des éponges mouillées et d'arroser la face d'eau froide. Ne voyant pas une seconde inspiration succéder à la première, n'obtenant aucun effet de l'élévation des côtes alternant

avec la pression du ventre, l'auteur se décide à pratiquer la trachéotomie.

L'incision de la peau met à nu une veine que l'on ouvre avec intention, afin de dégorger le système veineux. Cette incision est suivie d'une nouvelle inspiration profonde. Après l'écoulement d'une à deux onces de sang, on ferme la veine avec une pince à coulisse et l'on découvre rapidement la trachée-artère et le cartilage cricoïde.

Une troisième inspiration a lieu pendant cette dissection ; mais la poitrine restant de nouveau immobile, M. Hüter ouvre le conduit aérien à la hauteur du cartilage cricoïde et des premiers anneaux de la trachée. Il y introduit aussitôt une sonde de gomme élastique, aspire le peu de sang qui s'y est épanché, et se met en devoir de pratiquer la respiration artificielle. Il insufflait lui-même l'air par la sonde et l'expulsait par la compression de l'abdomen, en suivant le rhythme de la respiration ordinaire. L'air insufflé, ressortant en partie par la bouche à cause de la paralysie de la glotte, le chirurgien comprime avec les doigts l'intervalle de l'os hyoïde et du cartilage cricoïde, et, dès ce moment, la poitrine se dilate distinctement à chaque insufflation. On continuait toujours les lotions froides, et on avait monté promptement un appareil électrique d'induction. A la respiration artificielle fut alors associée l'électrisation du diaphragme, que l'on pratiqua en plaçant un des électrodes sur les scalènes, dans la région du nerf phrénique, et l'autre au-dessous du rebord des côtes. Mais déjà l'auteur avait acquis la conviction que la paralysie du cœur ne jouait pas un rôle moins important que celle des muscles inspirateurs, et que la respiration artificielle ne pouvait réussir tant que la circulation resterait suspendue. Il confia donc la sonde à l'un des assistants, qui se chargea de continuer la respiration artificielle, et s'occupa lui-même de réveiller l'action du cœur. Les électrodes, appliqués sur la région du cœur, n'eurent, comme il s'y attendait, aucun effet. L'auscultation fit reconnaître la cessation des contractions cardiaques. M. Hüter se hâta de recourir au dernier moyen qui fût à sa disposition, à l'électro-puncture du cœur, quoiqu'il ne connût pas d'exemple de son emploi dans un cas semblable. Il enfonça une première aiguille, à la profondeur d'environ vingt-cinq millimètres, dans le quatrième espace intercostal, contre le bord gauche du sternum, et en introduisit une seconde plus près du mamelon et un peu plus bas que la première. Il pense, d'après de nombreuses expériences qu'il avait faites précédemment, avoir réussi à implanter l'une de ces aiguilles dans les parois du ventricule droit, et l'autre, soit dans le gauche, soit très-près de la cloison interventriculaire. Les deux électrodes furent mis en contact, un court instant, avec les aiguilles, et l'élec-

trisation fut ainsi répétée à des intervalles imitant le temps de repos du cœur. Un soulèvement régulier, assez étendu, de la tête des aiguilles montra que l'on obtenait des contractions ventriculaires ; mais la circulation ne se rétablit pas. L'auteur renonça dès lors à l'espoir de ranimer la vie, et fit cesser la respiration artificielle.

M. Hüter rend hommage à l'empressement et aux lumières de tous ceux qui l'ont assisté dans cette scène émouvante. Malgré l'insuccès de ses efforts, il ne croit pas qu'il procéderait autrement dans un cas semblable, si ce n'est qu'il aurait peut-être recours un peu plus tôt à l'électrisation directe du cœur, dont il ne se dissimule pas néanmoins les dangers ni l'effet incertain. Il se demande si de pareils malheurs doivent faire restreindre davantage l'emploi du chloroforme. Il ne le pense pas, malgré l'impression profonde qu'une catastrophe de ce genre laisse dans l'âme des assistants et surtout du chirurgien lui-même. Des faits isolés, si déplorables qu'ils soient, ne sauraient, suivant lui, modifier les grands principes de la science, appuyés sur des bases beaucoup plus larges. Il fait appel, à ce sujet, à la statistique et cite le relevé consigné par Sansom dans le *Medical Times*, pour 1863, et d'après lequel, sur deux millions de cas d'emploi du chloroforme, il y aurait cent cinquante cas connus de mort produite par cet agent, soit un mort sur quatorze mille chloroformisations. Aucun des cas malheureux ne se rapporte à un enfant de moins de cinq ans. Si ce relevé est complet, le fait de M. Hüter serait le premier qui appartiendrait à un âge aussi tendre.

M. Hüter distingue d'ailleurs, comme tout le monde, les cas où le chloroforme n'a pas causé la mort survenue pendant son action, ou ne l'a causée qu'indirectement, par exemple par l'écoulement du sang dans la glotte anesthésiée, et ceux où cette substance a été mortelle par elle-même. Il n'hésite pas à ranger dans cette dernière catégorie le fait qu'il rapporte, malgré la petite quantité de chloroforme inhalée. Il ajoute que ce chloroforme a été examiné, après l'événement, par des hommes très-compétents, qui l'ont trouvé parfaitement pur.

La nécropsie n'est pas jointe à cette observation, parce qu'elle a été faite judiciairement, et que l'auteur n'en connaissait pas encore les détails. (*Berliner, Klinische Wochenschr.*, 4 décembre 1865.)

M. H. Friedberg, de Berlin, a publié dans les archives de Virchow (t. XVI), l'observation ci-après, ayant pour titre : *Asphyxie par le chloroforme ; respiration artificielle par la faradisation du diaphragme et la compression méthodique de l'abdomen ; vie sauve.*

Otto Krause, de Berlin, âgé de quatre ans, fut reçu à la clinique de M. Friedberg, le 7 mai 1858, pour une petite tumeur enkystée

de la paupière inférieure gauche. Cette affection n'ayant pas cédé à l'emploi des topiques résolutifs, on se décida à enlever la tumeur le 15 mai. L'enfant fut chloroformé au moyen d'une compresse portant une éponge, sur laquelle on avait versé au plus une drachme (quatre grammes) de chloroforme. Pendant l'inhalation, l'auteur se tourna un moment du côté du chirurgien chargé de faire l'opération, pour lui donner encore quelques instructions. Deux minutes à peine s'étaient écoulées, lorsqu'en se retournant M. Friedberg vit tout à coup la face changer d'expression. Le pouls devint en même temps très-petit, et après une seule inspiration courte et bruyante, la respiration fut suspendue. La face était livide, l'œil immobile, la pointe de la langue appliquée contres les arcades dentaires; les dents étaient serrées, les membres dans le relâchement. On souleva l'enfant, on ouvrit les croisées, on arrosa d'eau froide la face et la poitrine, on plaça de l'ammoniaque sous les narines. M. Friedberg porta une petite éponge jusque sur le larynx, afin d'enlever les mucosités, mais surtout dans l'intention d'exciter la muqueuse et de provoquer la toux. En même temps on s'efforçait de déterminer des mouvements d'inspiration en frictionnant la poitrine, en la frappant avec une compresse mouillée. Mais, au bout de deux ou trois minutes, un nouveau changement s'opère. Le pouls disparaît entièrement, la face pâlit, les traits sont ceux d'un cadavre, la mâchoire inférieure est pendante. En écartant les paupières, on voit la pupille dilatée; les paupières restent entr'ouvertes. L'auteur a recours à la compression méthodique du ventre, comme moyen de respiration artificielle. Pendant qu'un aide appuie à plat les deux mains sur le bas-ventre, au-dessous de l'ombilic, pour empêcher les viscères de se porter en bas, M. Friedberg presse fortement avec ses deux mains sur le haut de l'abdomen, de manière à refouler le diaphragme subitement et avec force, et à le faire remonter le plus haut possible. La pression est ensuite suspendue, puis on la recommence et l'on continue cette manœuvre, suivant le rhythme de la respiration naturelle, pendant environ trois minutes. On n'en obtient aucun effet. Le diaphragme reste inerte. On prend le parti de faradiser ce muscle. Un des excitateurs est appliqué sur le nerf phrénique, au cou, l'autre vis-à-vis du septième espace intercostal, tantôt à droite, tantôt à gauche. Chaque électrisation avait la durée d'une profonde inspiration. Le courant avait été interrompu et refermé dix fois, lorsque l'on vit la région épigastrique se soulever, d'abord seulement du côté qu'on électrisait, puis toute cette région obéit à la contraction du diaphragme, qui s'accompagnait d'un léger hoquet. On cessa la faradisation, et une faible inspiration eut lieu, bientôt suivie d'une seconde et d'une troisième. A

celle-ci succédèrent une coloration subite et passagère de la face et le retour du pouls. Puis la respiration et les contractions du cœur s'affaiblirent de nouveau et menaçaient de se suspendre une seconde fois. On reprit les pressions méthodiques de l'abdomen, qui suffirent alors pour entretenir la respiration. Leur interruption, au bout de dix minutes, fut suivie d'un nouvel affaiblissement des mouvements respiratoires et du pouls. Il fallut y revenir et on les continua, ainsi que les frictions sur les membres, les lotions froides à la face et sur la poitrine, les inspirations du gaz ammoniac, jusqu'à ce que la respiration et le pouls fussent tout à fait revenus à l'état normal, ce qui n'arriva que vingt minutes après le début des symptômes d'asphyxie. La sensibilité, la connaissance se rétablirent en partie au même moment, et l'on put procéder à l'extirpation du kyste, sans que cet accident ait eu d'autre suite.

DISCUSSION.

M. BOINET. Je remarque que dans les cas analysés par M. Bouvier, on n'a pas employé, pour remédier aux accidents causés par le chloroforme, les moyens qui donnent le plus souvent de bons résultats. Dans un cas de ma pratique, il y eut mort apparente pendant sept ou huit minutes, et l'insufflation bouche à bouche donna les meilleurs résultats. Chez l'un des enfants cités par M. Bouvier, on aurait dû faire l'insufflation bouche à bouche au lieu de pratiquer la trachéotomie.

M. PERRIN. Je ne veux pas prendre la parole sur les moyens propres à remédier en général aux accidents du chloroforme, mais je tiens à dire que, chez les enfants, l'emploi du chloroforme entraîne moins de danger qu'aux autres âges; aussi les deux cas cités par M. Bouvier ne doivent pas trop jeter la terreur dans les esprits.

M. DEMARQUAY. Le mot asphyxie revient souvent dans la communication de M. Bouvier ; eh bien, pour mon compte, je ne crois pas que dans ce genre de mort on ait affaire à une asphyxie, il s'agit bien plutôt d'une espèce de sidération du système nerveux ; aussi je ne comprends pas l'emploi de la trachéotomie ni celui de l'électricité. Je pense qu'il faut faire la respiration artificielle de bouche à bouche, et favoriser la sortie de l'acide carbonique qui est accumulé en trop grande quantité.

M. CHASSAIGNAC. La communication de M. Bouvier pourrait jeter de la défaveur sur la chloroformisation chez les enfants, et ce serait là une chose regrettable ; aussi devons-nous rechercher avec soin les conditions au milieu desquelles la mort est survenue. Or le premier enfant venait d'avoir une scarlatine, il existait chez lui de l'œdème ;

ce sont là évidemment des conditions anomales. Dans le même cas, l'enfant était d'abord assis, puis on l'a couché, pourquoi cette substitution d'une position à une autre, pendant la durée de la chloroformisation, pourquoi l'emploi de la première position, qui est très-mauvaise?

Les accidents survenus, pour y remédier on a soulevé la tête d'une main, afin d'introduire le doigt dans le pharynx. C'est là une pratique fâcheuse; il eût été préférable d'abaisser la tête et l'on eût pu introduire le doigt tout aussi bien dans le pharynx.

Dans le second fait, on a noté que pendant quelques instants, une minute environ, l'attention de celui qui donnait le chloroforme avait été distraite. Eh bien, une demi-minute d'inattention suffit pour laisser se développer les accidents les plus graves.

M. Chassaignac n'aime pas l'insufflation bouche à bouche, parce que, dans cette manœuvre, on introduit une certaine quantité d'air dans l'estomac et l'on distend ce viscère.

M. Chassaignac n'ajoute pas foi aux bons résultats que l'on attribue à l'emploi de l'électricité.

M. BOUVIER. Je n'ai pas présenté l'analyse de ces faits pour jeter de la défaveur sur l'emploi du chloroforme chez les enfants; j'ai voulu seulement faire connaître des faits heureusement rares et intéressants pour la pratique.

M. PERRIN. Je pense qu'il n'y a que la respiration artificielle qui puisse permettre de sauver un malade en danger de mort, à la suite de la chloroformisation.

La faradisation des nerfs phréniques entretient facilement les mouvements respiratoires chez un animal en état de mort apparente; mais pour obtenir ce résultat, il faut employer des courants intermittents et non pas des courants continus, comme le faisait M. Jobert.

L'insufflation bouche à bouche est un mauvais procédé, quoi qu'en dise M. Boinet. On pourrait insuffler avec un soufflet, mais, comme l'a dit M. Chassaignac, on distend l'estomac et les intestins. Tout cela est facile à constater expérimentalement sur les animaux. L'insufflation avec la canule laryngienne, que le spéculum de M. Labordette peut aider à introduire, est bien préférable.

Je n'ai jamais vu un seul inconvénient résulter de l'insufflation laryngienne, et je pense que tout opérateur donnant le chloroforme, devrait toujours avoir sous la main un tube propre à permettre de pratiquer l'insufflation laryngienne.

Pour moi, voici comment je comprends le traitement le plus rapide et le plus rationnel des accidents graves du chloroforme : 1° placer la tête dans une position déclive ; 2° faire exercer des pressions rhythmi-

ques sur la base de la poitrine, pendant que l'on introduit le tube laryngien; 3° si quelque obstacle invincible s'oppose à son introduction par les voies naturelles, pratiquer la trachéotomie.

M. DEMARQUAY. J'ajoute peu de foi aux résultats donnés par l'électricité, et je crois que celle-ci ne peut pas agir, parce qu'il n'existe plus de sensibilité chez les malades. Je me rangerais volontiers à l'opinion de M. Perrin; malheureusement nous n'avons pas toujours à notre disposition tout ce qu'il faudrait pour agir.

M. PERRIN. L'électricité, employée comme excitant général, ne donne certainement pas de résultats; mais ce n'est pas ainsi qu'on l'emploie, mais bien comme un mode de respiration artificielle.

M. GIRALDÈS partage l'opinion de M. Perrin. M. Demarquay avait dit qu'avant de mourir, les malades atteints par les accidents du chloroforme présentaient un stertor très-prononcé; M. Giraldès nie ce fait.

M. LÉON LABBÉ. J'accepte l'opinion, qui veut accorder la plus grande importance à la respiration artificielle, et sans vouloir diminuer la valeur de l'insufflation laryngienne, je pense que l'on peut obtenir les meilleurs résultats par l'emploi des pressions alternatives et rhythmiques sur la base de la poitrine. Dans de nombreuses expériences, j'ai vu M. Gosselin rappeler à la vie, par ce moyen, des animaux qui étaient dans l'état de mort apparente le plus complet. J'ai réussi moi-même à rappeler à la vie deux malades dont la mort paraissait évidente. Je pense qu'il est bon de combiner l'élévation forcée des bras, moyen indiqué déjà depuis longtemps, avec les pressions rhythmiques sur les parois de la poitrine.

M. DEMARQUAY. Quoi qu'en dise M. Giraldès, la respiration stertoreuse est très-marquée chez les animaux, avant la mort par le chloroforme.

M. PERRIN. Nous sommes tous d'accord sur l'utilité de la rospiration artificielle, mais il ne faut pas comparer les résultats obtenus par les pressions thoraciques avec la quantité d'air que l'on introduit dans l'insufflation laryngienne.

M. LE FORT est très-partisan de l'électricité, et il place ce moyen au-dessus de l'insufflation pulmonaire.

La séance est levéo à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 30 MAI 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Bulletin de la Société de médecine d'Angers*.

— M. le doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg adresse la série des thèses soutenues pendant l'année 1865.

— M. LARREY fait hommage à la Société d'un certain nombre de brochures chirurgicales.

— M. DESPRÉS présente la 2e partie du 1er volume du *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale* qu'il publie en collaboration avec M. Bouchut.

— M. VELPEAU présente, de la part de M. Ciniselli, une brochure contenant le résumé de ses observations sur la galvanocaustique.

— M. DEMARQUAY remet, pour le prix Duval, deux exemplaires de la thèse de M. Dodeuil, intitulée : *Recherches sur l'altération sénile de la prostate.*

A propos de la correspondance :

Lipôme sous-aponévrotique de la paume de la main.

M. BOINET. Vous vous rappelez sans doute la malade que j'ai eu l'honneur de vous présenter à notre dernière séance; elle est âgée de cinquante-trois ans, et portait dans la paume de la main droite une tumeur à plusieurs lobes, dont le plus gros, du volume d'un œuf de poule, était placé entre le pouce et l'indicateur de la main droite, et les autres, au nombre de cinq, correspondaient l'une à l'éminence hypothénar et les autres à chaque articulation métacarpo-phalangienne. Son début remontait à sept ou huit ans. Toutes ces tumeurs semblaient si bien correspondre entre elles que, lorsqu'on appuyait sur l'une d'elles, les autres devenaient plus saillantes et plus tendues, et elles offraient de tels caractères qu'à la palpation tous ceux qui ont examiné la malade ont déclaré qu'il y avait une fluctuation très-évidente et ont conclu que la maladie était un kyste synovial crépitant. Ce qui entraînait encore vers ce diagnostic, c'est que l'un des lobes,

le plus petit, celui qui siégeait au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt, laissait entendre sous la pression une crépitation très-sensible et très-nette, la crépitation qu'on rencontre ordinairement dans les tumeurs synoviales qui renferment de petits corps hydatiformes. J'ai opéré ce prétendu kyste synovial et j'ai trouvé le lipôme que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux. Par une incision faite sur le lobe le plus volumineux, j'ai pu extraire la partie la plus volumineuse de ce lipôme et tous les autres lobes qui en dépendaient et qui s'étalaient dans la paume de la main, dans tous les points que j'ai indiqués.

Cette tumeur était tellement molle, tellement élastique et facile à déprimer, que la pression sur l'un des lobes tendait et rendait plus saillants tous les autres lobes, de telle sorte qu'on croyait au déplacement d'un liquide ; aussi la fluctuation n'a paru douteuse pour personne ; de plus la crépitation si nette, si évidente que l'on constatait dans l'un des lobes était encore une raison pour contribuer à l'erreur de diagnostic qui a été faite. Ce fait doit donc servir à démontrer une fois de plus qu'il est facile de croire à une fluctuation qui n'existe pas, et que la crépitation qui appartient habituellement à certains kystes synoviaux peut aussi se rencontrer dans certains lipômes.

MM. CHASSAIGNAC et **LARREY** rappellent que les exemples de semblables erreurs ne sont pas rares, et que les bulletins de la Société en ont enregistré plusieurs, entre autres ceux qu'a fournis Marjolin père.

M. TRÉLAT. Ce qu'il y a de remarquable dans le cas actuel, c'est l'unanimité de l'erreur. Tous les membres de la Société qui ont examiné la malade dans la dernière séance n'ont pas douté qu'il ne s'agît d'une hydropisie des gaînes des tendons.

A propos du procès-verbal :

Chloroformisation chez les enfants.

M. MARJOLIN. Les statistiques d'accidents occasionnés par le chloroforme sont très-inexactes, parce que chacun n'a pas eu le courage d'avouer ses malheurs. Quoi qu'il en soit, la possibilité des accidents étant établie chez les enfants, je crois qu'il faut, avant tout, que l'emploi des anesthésiques soit bien justifié, lorsque nous nous en servons chez nos petits malades. Je trouve, pour ma part, que l'on a tendance à en abuser pour favoriser des manœuvres qu'un peu de patience rendrait praticables, ou pour faire de petites opérations fort peu douloureuses.

Dans le fait dont nous a entretenus M. Bouvier, il s'agissait de son-

der un enfant qui présentait une ouverture étroite du prépuce. Sans doute c'est une petite difficulté, mais elle se présente chez un bien grand nombre d'enfants. Faut-il donc soumettre au chloroforme les enfants auxquels on veut pratiquer le cathétérisme? Je ne saurais accepter une semblable pratique. Alors même qu'une infiltration vient allonger le prépuce, rendre son ouverture plus étroite, l'éloigner du méat urinaire, on arrive à faire l'opération en y mettant le temps et la patience nécessaires. Il n'y a rien de douloureux dans ces manœuvres ; aussi je ne crois pas qu'elles nécessitent l'emploi des anesthésiques.

MM. LE FORT et **PERRIN** demandent la parole sur la question du chloroforme.

M. LE PRÉSIDENT fait observer que, si des discussions importantes peuvent ainsi s'engager à propos du procès-verbal, l'ordre du jour des séances ne pourra plus être suivi.

Après des observations présentées par MM. Le Fort, Perrin, Legouest et Larrey, la Société décide, sur la proposition de M. Larrey, qu'une discussion sur les *accidents du chloroforme* sera inscrite à l'ordre du jour d'une des prochaines séances.

Si l'on applique cette mesure à propos de tous les faits qui éveillent l'attention de quelques membres de la Société, dit M. Larrey, on tiendra toujours en réserve des questions importantes. La Société les discutera à tour de rôle, et avec d'autant plus de profit que chacun aura été averti.

COMMUNICATION.

Nouvelles recherches sur l'étiologie des luxations congénitales de la hanche.

M. VERNEUIL. Je viens porter devant vous une question qui, après avoir jadis excité de vifs débats et provoqué d'importants travaux, semble aujourd'hui presque abandonnée; je veux parler des *luxations dites congénitales du fémur*. Mon intention n'est pas de reprendre leur histoire entière; il y a là des chapitres qui sont faits et bien faits, et des notions définitivement acquises que j'utiliserai sans chercher à les démontrer de nouveau. Je concentrerai mes efforts sur une partie qui me paraît obscure encore, c'est-à-dire sur l'étiologie. Après la localisation d'un mal, la connaissance exacte de la cause est à coup sûr l'élément le plus indispensable pour atteindre le but que nous avons tous en vue, la guérison. Or j'espère démontrer que l'infériorité de la thérapeutique, sur ce point, tient en grande partie aux idées erronées qui ont régné et règnent encore sur l'origine et le mécanisme de ce genre de déplacement. Si je remplis mon programme, j'aurai, par le

fait, modifié le pronostic et ouvert au traitement une voie nouvelle et plus féconde.

Il faut bien le reconnaître, nous nous déchargeons du soin de ces malades sur les orthopédistes et les mécaniciens, sans y regarder attentivement. Si, appliquée à toute la compagnie, cette assertion paraissait irrespectueuse ou inexacte, je me contenterai de l'appliquer à ma propre personne. Quoique diverses présentations vous aient été faites à de longs intervalles, les luxations congénitales du fémur n'ont jamais été à l'ordre du jour de vos travaux. Si j'en excepte notre éminent collègue M. Bouvier, aucun de nous, à ma connaissance, n'a creusé le sujet, ni publié des recherches particulières. S'il en résulte quelques inconvénients, en revanche nous aurons l'avantage de ne point nous heurter contre des opinions préconçues et des théories inflexibles, exclusives et prétentieuses, voulant tout expliquer par des *a priori* transcendants, et ne daignant pas descendre à la modeste observation.

Je commencerai par exposer les faits qui ont attiré mon attention. Depuis quelque temps, j'ai vu beaucoup d'affections de la hanche; la plupart se rapportaient à la coxalgie, d'autres à l'arthrite sèche, quelques-unes à la sacro-coxalgie, à des altérations de l'os iliaque et même du rachis. Deux fois j'ai observé la contracture isolée des adducteurs, affection bizarre, peu connue, et dont je vous entretiendrai quelque jour. J'ai insisté après Brodie, Robert et d'autres, sur ces contractures péri-articulaires auxquelles pour la brièveté du langage j'ai laissé le titre très-discuté de coxalgie hystérique. Enfin, dans le cours de l'année 1864, j'ai vu un cas nouveau pour moi, et que je vais relater brièvement.

Un petit garçon du département des Ardennes, âgé de huit ans, maigre, de chétive constitution, était affecté depuis deux ou trois ans, au dire des parents, d'une claudication du membre gauche. L'enfant boitait faiblement, il se dandinait plutôt et oscillait de droite à gauche; cela ne l'empêchait point d'être très-leste, très-agile et très-enclin aux jeux de son âge; seulement, de temps à autre, le membre gauche fléchissait soudainement et l'enfant tombait sur le côté. Depuis quelques mois, ces chutes devenaient de plus en plus fréquentes, et quoiqu'elles n'aient encore causé aucun accident et ne soient accompagnées d'aucune douleur, elles inquiétaient les parents. L'examen fut fait avec le plus grand soin avec le concours de M. le docteur Duval, dans l'établissement duquel le petit malade avait été placé.

Dans la station debout, comme dans le décubitus dorsal, les membres avaient exactement la même longueur, et ne présentaient aucune déviation notable. Tous les mouvements passifs s'exécutaient dans les

limites les plus étendues, sans provoquer ni douleur ni contracture. Toute idée de coxalgie ou de lésion inflammatoire aiguë ou chronique de la hanche fut donc rejetée.

Les seules particularités notables, surtout dans la station verticale, étaient un aplatissement, un amaigrissement considérable des parties molles de la hanche gauche, et conséquemment une saillie prononcée du grand trochanter, saillie qu'exagérait encore un léger degré d'adduction et de rotation en dedans.

L'attention concentrée de ce côté fit aisément reconnaître une atrophie manifeste des muscles fessiers, qui étalent mous, aplatis et singulièrement amincis; interrogés par l'électricité, ils répondaient lentement et faiblement à l'excitation, tandis qu'à droite ils réagissaient vivement et par leur contraction donnaient à la fesse la proéminence accoutumée. Je posai donc le diagnostic suivant : *atrophie des muscles fessiers, ayant pour conséquence la faiblesse du membre, le défaut de solidité de l'articulation et les chutes fréquentes.* Pour appuyer cette manière de voir, j'instituai quelques expériences qui la confirmèrent encore. Les mouvements volontaires d'extension et d'abduction de la cuisse sur le bassin préalablement fixé étaient faibles du côté gauche. L'enfant avait quelque peine à se maintenir en équilibre sur ce seul membre et à se relever verticalement quand la cuisse et la jambe étaient fléchies.

Je constatai de plus le relâchement de la capsule articulaire. En effet, lorsque, le sujet étant couché sur la hanche saine, je portais la cuisse malade dans la flexion forcée, avec adduction et rotation en dedans, et qu'en même temps je la poussais en arrière, il était facile de faire saillir le grand trochanter et, derrière lui, la tête fémorale qu'on sentait sans difficulté à travers la peau et la couche amincie des muscles fessiers. Avec ce diagnostic les indications paraissaient formelles. Nous instituâmes donc le traitement suivant : 1° électrisation quotidienne des muscles fessiers; 2° affusions froides générales et douches en jet vigoureux sur le bassin, et spécialement sur la fesse gauche; 3° traitement tonique.

L'exercice modéré était permis; l'enfant toutefois devait marcher avec précaution et ne point courir pour éviter les chutes; une ceinture, gênant la flexion et immobilisant jusqu'à un certain point la cuisse sur le bassin, devait être portée par précaution, mais on n'en fit point usage. Sous l'influence de ces moyens, l'amélioration fut manifeste: au bout de deux mois, la marche avait repris de l'assurance et la claudication à gauche avait disparu; les chutes, devenant de jour en jour moins fréquentes, avaient fini par cesser.

La région fessière du côté malade, sans avoir recupéré complète-

ment sa forme et son volume, avait cependant plus de fermeté et de saillie. Les parents, très-satisfaits du résultat, remmenèrent l'enfant, dont je n'ai plus entendu parler.

En résumé, dans ce premier cas, deux choses surtout m'avaient frappé : la claudication d'une part, et de l'autre l'affaiblissement, l'atrophie des muscles fessiers; en attaquant directement la lésion, j'avais remédié aux symptômes. Je pris note de ce fait comme d'une curiosité, la paralysie isolée des fessiers n'ayant pas eu encore les honneurs de la description.

Quelques semaines à peine s'écoulèrent, et j'eus l'occasion de retrouver des lésions identiques, mais à un degré bien plus prononcé.

Je vis aux environs de Paris, avec mon ami M. le docteur Recullez une enfant de cinq ans, d'une faible constitution et qu'on avait élevée à grand'peine; elle avait marché tard et toujours mal; elle boitait du côté gauche et tombait très-souvent. Un premier médecin consulté n'avait rien trouvé d'anomal, un second avait soupçonné une coxalgie.

Voici ce que je trouvai à mon tour: d'abord nulle trace de coxalgie, tous les mouvements entièrement libres et très-étendus, aucune douleur dans la hanche; tout le membre est atrophié à un degré notable, il est plus court et ne touche le sol que grâce à l'abaissement du bassin de son côté; l'amaigrissement porte surtout sur la région de la hanche et sur la fesse; je retrouve ici la saillie du grand trochanter qui proémine en raison de la disparition des masses musculaires qui l'entourent. En couchant l'enfant sur la hanche saine et en portant la cuisse gauche dans la fléxion avec adduction et rotation en dedans, je fais saillir la tête sous les parties molles amincies et si, dans cette attitudo, je pousse le fémur en arrière, en pressant sur le genou, la tête sort évidemment de la cavité cotyloïde; en ramenant la cuisse à la rectitude, la déformation disparaît, et la réduction se fait en s'accompagnant d'un léger bruit, ou tout au moins d'une sensation de ressaut nettement perceptible. Cette manœuvre n'étant point douloureuse, je la répète plusieurs fois de suite et la fais répéter à M. Recullez, à qui j'expose la théorie et le mécanisme de l'affection que nous avons sous les yeux, affection qui nous rend si bien compte de la claudication, de la débilité du membre et des chutes réitérées, et qui, sauf la gravité plus grande, offre la reproduction fidèle des symptômes observés chez le petit garçon des Ardennes.

Ici toutefois, les désordres étaient plus étendus : tout le membre était intéressé, car l'atrophie portait à la fois sur les parties molles et sur les os ; mais aussi le mal était beaucoup plus ancien.

Influencé sans doute par la lecture récente de l'excellent travail de M. le docteur Laborde sur la paralysie de l'enfance (Paris, 1864),

je n'hésitai point à reconnaître, dans le dernier fait, un exemple de cette affection. Je portai donc le diagnostic suivant : *Paralysie incomplète du membre inférieur gauche, avec atrophie de toutes ses parties constituantes ; affaiblissement musculaire portant surtout sur le groupe pelvi-trochantérien ; relâchement consécutif des moyens d'union de l'articulation coxo-fémorale.*

En conséquence, je prescrivis un traitement local, consistant en douches froides, frictions et massage, électrisation des muscles affaiblis ; de plus, la tête sortant dans certaines attitudes et se réduisant dans l'attitude opposée, je conseillai un appareil empêchant absolument la flexion de la hanche et qui, par le fait, devait prévenir les chutes et atténuer la claudication.

Le docteur Recullez, qui avait admis ma manière de voir, se chargea de diriger l'emploi de ces moyens. Mais, sur ces entrefaites, une parente sceptique et mal convaincue par mes arguments voulut faire voir l'enfant à un prince de la chirurgie parisienne, lequel prince, sans doute, ne vit pas les mêmes choses que moi, de même que j'avais vu différemment que mes prédécesseurs. Il n'adopta pas ma manière de voir et ordonna simplement un traitement tonique qui déjà depuis bien longtemps était en usage.

M. Recullez, qui n'avait point été mis au courant de cette nouvelle intervention, en fut justement blessé et laissa faire, sans s'en mêler davantage. Il m'a appris seulement que l'enfant était toujours dans l'état où nous l'avions trouvé.

Jusqu'ici, je dois l'avouer, je n'avais point encore songé à la luxation congénitale, ni à ses relations avec les symptômes précédemment observés et décrits. Dans le premier cas, la tête du fémur était appréciable sous la peau ; dans le second, elle s'écartait du cotyle, mais enfin il n'y avait pas de luxation véritable, dans le sens que du moins on accorde à ce mot, c'est-à-dire qu'il n'y avait point *déplacement permanent* du fémur. Un nouveau fait vint m'ouvrir les yeux et me faire saisir le rapport jusque-là méconnu.

Un jeune garçon de onze ans, venu de Hollande, me fut conduit par ses parents. Né sain et bien conformé, il était arrivé jusqu'à l'âge de trois ou quatre ans sans accidents notables ; à cet âge il avait été, paraît-il, pris de maladie aiguë avec convulsions. Après la guérison s'étaient montrés, en plusieurs régions du corps, des symptômes de paralysie musculaire, dont les traces sont aujourd'hui bien manifestes encore.

Les membres supérieurs ne sont point tout à fait indemnes, mais c'est aux inférieurs qu'existent les atteintes les plus nombreuses et les plus graves. Il y a d'abord un double varus-équin, puis à droite

une atrophie du triceps crural, enfin à gauche une déformation plus complexe.

La cuisse abandonnée à elle-même dans le décubitus dorsal, ou lorsqu'on suspend l'enfant par les aisselles, se fléchit sur le bassin et se porte dans l'adduction et la rotation en dedans, le grand trochanter devient saillant, le pli inguinal plus profond ; la fesse est extrêmement aplatie et presque vide de parties molles ; le reste de la cuisse ne présente rien de particulier, sauf, à la partie interne, une saillie notable formée par les adducteurs. Cette attitude, au reste, n'est ni permanente ni volontaire ; elle semble résulter de l'action spontanée des adducteurs et du psoas auxquels les fessiers ne font plus équilibre, mais elle n'est maintenue par aucune contracture : rien ne s'oppose, en effet, à ce qu'on porte le membre dans toutes les positions même les plus extrêmes. Aussi eus-je l'occasion de constater encore une fois l'effet de l'atrophie des fessiers sur la solidité de l'articulation coxo-fémorale. Comme dans l'observation précédente, la flexion forcée, combinée à l'adduction et à la rotation en dedans, faisait saillir fortement la tête fémorale qui semblait alors flotter entre l'os iliaque et la peau.

En revanche, les mouvements volontaires étaient ou nuls ou extrêmement faibles. Tous ces désordres, réunis dans l'appareil musculaire des membres inférieurs, les rendaient tout à fait impropres à la station et à la marche. Aussi ces fonctions ne s'exécutaient que très-imparfaitement et à l'aide de béquilles d'abord, puis d'un double appareil mécanique entourant le bassin en haut, et maintenant en bas les deux pieds varus-équin.

M. Ferdinand Martin, qui depuis longtemps donnait ses soins à l'enfant, avait construit ces appareils. Comme plusieurs pièces étaient usées, on venait pour les renouveler, et chemin faisant on prenait mon avis pour savoir s'il n'y avait rien de mieux à faire.

J'offris de me trouver avec M. Martin pour lui soumettre quelques remarques sur la construction de l'appareil du côté gauche et sur l'ensemble du traitement. Ceci étant agréé, je me rendis chez M. Martin qui était déjà très-souffrant, et nous passâmes en revue tous les désordres indiqués plus haut. Arrivé à la hanche gauche, M. Martin me dit devant les parents qu'il existait de ce côté une luxation spontanée du fémur, qu'il était nécessaire 1° de soumettre l'enfant au repos dans le décubitus dorsal ; 2° de faire l'extension graduelle et prolongée pour distendre les muscles contracturés et raccourcis ; 3° de tenter ensuite la réduction quand les parties seraient préparées. Ce plan thérapeutique me causa beaucoup d'étonnement, et quand nous fûmes retirés pour conférer ensemble, je m'efforçai de faire comprendre à mon

confrère : 1° qu'il n'y avait pas de luxation permanente; 2° que la tête était dans la cavité cotyloïde lorsque le membre était dans l'extension; 3° qu'il n'y avait donc pas lieu d'étendre, ni de réduire par la force; 4° que nous avions sous les yeux un remarquable exemple de paralysie atrophique à localisations multiples; 5° enfin, qu'au point où en étaient les choses, on n'avait rien à espérer que de la prothèse pure et simple maintenant presque fixés les uns sur les autres les divers segments des membres inférieurs, et les remplaçant par des tiges articulées peu flexibles.

M. Martin, comme s'en souviennent peut-être ceux qui ont été en rapport avec lui, était un mécanicien fort habile, mais se montrait en général peu bienveillant pour les médecins qui chassaient sur ses terres. Il nous refusait toute compétence dans les questions orthopédiques et acceptait difficilement la contradiction sur ces questions. Il n'accepta point mes vues et s'étonna surtout de me voir nier une luxation qu'il produisait si aisément dans la manœuvre indiquée. A quoi je répondais précisément que le déplacement était de son fait et n'existait pas dans le membre au repos, etc. La discussion s'anima et elle eût fini par devenir aigre si j'avais oublié qu'en somme mon confrère était âgé, malade et dans son propre domicile.

Revenu auprès des parents et prenant la parole, j'éludai de mon mieux les questions indiscrètes, après quoi je me retirai et ne consentis point à de nouvelles réunions, qui étaient frappées d'avance de stérilité.

Cependant cette controverse ne fut pas inutile; la luxation avait été admise par M. Martin qui la croyait évidente. Je ne la constatais pas plus que dans les cas précédents, et je reconnaissais pourtant qu'elle était possible; il y avait donc lieu d'ajouter une variété aux déplacements déjà décrits du fémur. En d'autres termes, à la suite des luxations *permanentes* traumatiques, coxalgiques et congénitales, il fallait placer une lésion particulière, dans laquelle, suivant l'attitude donnée au membre, on pouvait à volonté déplacer et replacer, luxer et réduire, sans force et sans douleur, la tête fémorale. C'était, moins l'intervention de la volonté et de la contraction musculaire, quelque chose d'analogue à ce que font certains saltimbanques qui déboîtent et remboîtent la hanche à volonté.

Enfin, il était à noter que cette variété, qui suppose un relâchement très-étendu des moyens d'union, coïncidait avec l'amaigrissement extrême de la fesse et la paralysie plus ou moins complète des muscles fessiers.

Jusqu'à ce moment j'étais resté sur le terrain de l'observation pure. Je me mis en devoir de relire ce qui avait été écrit sur les luxations

congénitales du fémur, c'est-à-dire Dupuytren, Sédillot, Parize, J. Guérin, la discussion académique de 1839 et surtout le grand travail de Pravaz, sans compter d'autres menus travaux. Une première chose me frappa. Les auteurs ont étudié avec beaucoup de soin la luxation susdite alors que la tête est logée et fixée dans la fosse iliaque; ils ont décrit minutieusement la déformation et ses conséquences immédiates et ultérieures, ils ont vivement débattu la possibilité ou l'impossibilité de la réduction, tous les caractères en un mot qui s'appliquent aux déplacements confirmés, permanents, anciens, invétérés si jo puis ainsi dire; en revanche, rien ou presque rien sur les premières phases du mal, sur son évolution progressive depuis le moment où l'articulation commence à s'altérer jusqu'à celui où la tête sort du cotyle pour n'y plus rentrer.

Cette lacune s'explique jusqu'à un certain point par cette supposition erronée que la luxation s'opère toujours pendant la vie intra-utérine, c'est-à-dire à une époque où l'observation directe est impossible. Mais elle est fâcheuse, car l'étude ne porte alors que sur la terminaison définitive d'une affection dont les premiers degrés restent inconnus. C'est comme si on se contentait de décrire la luxation spontanée du fémur, qui a lieu dans la période ultime de la coxalgie, sans tenir compte de la coxalgie elle-même. De tous les documents que nous possédons on pourrait conclure que la luxation est toujours réalisée à l'époque de la naissance, ce qui est inexact puisque plusieurs observations démontrent que la claudication peut n'apparaître et le déplacement ne s'effectuer que dans l'enfance ou la jeunesse, après plusieurs années d'intégrité absolue de la forme et des fonctions de l'articulation coxo-fémorale. Dans ces cas indubitables on a certainement méconnu ou passé sous silence les premiers symptômes et les prodromes de la luxation.

Dès lors je me demandai si les faits que je viens de relater ne répondraient pas précisément à cette période initiale laissée dans l'ombre, ou en d'autres termes, si la luxation dite congénitale du fémur ne serait pas la dernière étape, la conséquence extrême de la paralysie atrophique de l'enfance, paralysie partielle portant sur le groupe des muscles pelvi-trochantériens et s'y traduisant par des caractères distincts, par des déformations spéciales, comme elle engendre le pied-bot et certaines difformités de l'épaule ou du rachis, quand elle sévit sur quelques groupes musculaires de la jambe, de l'épaule ou de l'épine.

Pour confirmer ou infirmer mon hypothèse, j'avais à revoir les diverses causes invoquées pour expliquer le déplacement dit congénital des fémurs et à rechercher si elles étaient réellement satisfaisantes.

et suffisantes. Elles sont nombreuses, comme on sait, et peuvent se ranger sous six chefs principaux :

1° Altération primitive des germes, aberration du *nisus formativus* ;

2° Arrêt de développement des os, cotyle ou tête fémorale ;

3° Violences extérieures, exercées sur le fœtus pendant la gestation ou l'accouchement ;

4° Affections articulaires intra-utérines, coxalgie fœtale;

5° Relâchement primitif des ligaments ;

6° Rétraction musculaire active.

Ces théories reposent toutes sur un certain nombre de faits incontestables et sont par conséquent acceptables dans certaines limites. Mais elles ne sauraient être généralisées, et déjà chaque auteur, en proposant la sienne, a pris soin de critiquer les autres à l'aide d'arguments victorieux.

Toutes supposent que la luxation existe au moment de la naissance, ce qui reste précisément à démontrer, de sorte qu'elles seraient impuissantes à expliquer un déplacement tardif survenu dans l'enfance.

Et d'ailleurs l'existence du déplacement serait-elle constatée dès le premier jour de la vie, il ne s'ensuivrait pas pour cela qu'il soit toujours dû au même mécanisme. Ainsi, le fait même de la congénitalité ne permettrait pas de confondre une luxation produite par une manœuvre obstétricale, avec une luxation par hydropisie, par coxalgie, ou par absence complète de la tête du fémur. Si l'on tenait absolument à prendre pour base principale de la classification la congénitalité, c'est-à-dire l'époque d'apparition du mal, il faudrait au moins, admettre plusieurs genres de luxations congénitales du fémur, savoir : luxations par malformations osseuses, luxations par maladie articulaire, luxations traumatiques, luxations par action musculaire.

Alors l'épithète de *congénitale* perdrait le sens qu'on lui attribue généralement, car elle caractérise, dans l'état actuel de la science, une variété dans laquelle, primitivement du moins, et pendant longtemps, on ne constate aucune malformation osseuse, aucune lésion organique, aucune déchirure de la capsule, aucune contracture musculaire capable d'entraîner la tête hors de sa cavité.

Il faudrait donc admettre deux sens au mot congénital, et le prendre, ou comme synonyme de luxation intra-utérine, ou comme représentant un tableau symptomatologique spécial.

Si on optait pour la première signification, on s'exposerait à confondre les affections les plus disparates qu'on prend tant de soin à distinguer lorsqu'elles surviennent pendant le reste de la vie. Si, au contraire, on s'en réfère plutôt aux caractères cliniques, on réser-

vera le nom de luxations congénitales du fémur à celles qui ne sont ni traumatiques, ni coxalgiques, ni causées par l'action musculaire, ni dépendantes d'une malformation osseuse. Je pense qu'il faut s'arrêter à ce dernier parti. Mais comme il serait absurde d'appeler congénital un déplacement survenu à dix ans, comme d'autre part aucune des causes précitées ne pourrait expliquer ce dernier fait, il est donc nécessaire : 1° de trouver un nom nouveau, 2° de tirer ce nom de la nature étiologique du mal.

Considérant qu'en dehors de toutes les variétés connues de luxation du fémur, il en est une qui paraît reconnaître pour cause la paralysie et l'atrophie des muscles pelvi-trochantériens, je propose de l'appeler luxation paralytique du fémur. J'admets d'ailleurs, sans en avoir la preuve, qu'elle peut se produire avant la naissance, qu'elle peut donc être congénitale, comme cela arrive pour la luxation coxalgique fœtale qui, pour cela, n'en reste pas moins liée d'une manière étroite à la luxation coxalgique de l'enfant et de l'adulte.

Après avoir critiqué l'étiologie proposée par mes devanciers et cherché à rectifier le langage et la classification, je devais chercher si mon hypothèse n'était point en contradiction avec l'observation clinique, si, en un mot, elle rendait compte de l'évolution, de la terminaison, de la variété de déplacement qui nous occupe. Or, si je ne me trompe, l'admission d'une paralysie des muscles pelvi-trochantériens précédant le déplacement explique d'une manière très-satisfaisante la marche et les phases de ce dernier. C'est ce que je développerai, au besoin, si la discussion s'engage.

Si l'étiologie que je propose est l'expression de la vérité, elle exercera sans nul doute une influence salutaire sur la thérapeutique. Il est clair que la cure d'une affection est d'autant plus aisée que ses causes sont mieux connues, et qu'on l'attaque plus près de son début. Au lieu d'attendre que la luxation soit ancienne et permanente, il serait plus avantageux de la prévenir ou de la combattre dès sa production. Je n'ai qu'un bien petit nombre de faits cliniques à l'appui de mes idées sur ce point, cependant l'observation de l'enfant des Ardennes est déjà encourageante. J'y joindrai l'indication d'un autre cas qui m'a été rapporté par mon excellent ami le docteur Dechambre. Il fut consulté il y a quelques années pour une petite fille qui, depuis quelques mois était affectée de claudication double. M. Dechambre reconnut les déformations caractéristiques de la luxation congénitale double à son début ; il conseilla aux parents de faire fabriquer par un mécanicien une machine appropriée, non pas qu'il espérât la guérison, mais dans le but au moins d'entraver les progrès du mal. On ne suivit pas le conseil, et l'on se contenta d'envoyer l'enfant dans une

propriété du Dauphiné où les conditions hygiéniques étaient excellentes. Quelques mois plus tard l'enfant revint complétement guérie, et resta telle depuis ce moment.

Ce fait étonna singulièrement M. Dechambre ; il serait inexplicable avec les anciennes théories, car l'air, si pur qu'il soit, n'a jamais eu la propriété de réduire la luxation. Avec mon hypothèse, le fait n'a rien de surprenant. L'articulation n'était pas encore disloquée, mais la paralysie musculaire avait amené déjà les déformations qui préparent le déplacement. Cette paralysie guérissant par les forces de la nature, tout était rentré dans l'ordre, l'affection avait été arrêtée à son origine, et les hanches avaient repris leur forme et leur solidité accoutumées.

Tel est, messieurs, l'exposition sommaire que je désirais vous soumettre ; je regrette qu'elle ne soit pas plus complète et qu'elle prête encore le flanc à la controverse. Mais j'espère que vos objections et vos critiques lui donneront ce qui lui manque en la corrigeant dans ce qu'elle peut avoir de défectueux.

DISCUSSION.

Plusieurs membres de la Société désirant prendre la parole sur ce sujet, une discussion *sur les luxations congénitales* sera ouverte ; elle prendra rang après la discussion sur le chloroforme.

LECTURE.

Hypertrophie sénile de la prostate.

M. **DEVALZ**, médecin aux Eaux-Bonnes, ancien interne des hôpitaux de Paris, fait une lecture sur ce sujet et demande à être compris au nombre des candidats aux places de correspondants nationaux.

Commissaires : MM. Guyon, Broca et Tillaux.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 6 JUIN 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin général de thérapeutique ;*

La Gazette médicale de Strasbourg ;

Le Bulletin médical du nord de la France ;

Les Archives générales de médecine ;

Le Compte rendu des travaux de la Société médicale de l'arrondissement de l'Élysée.

M. LE Dr MOUGEOT (de l'Aube), adresse une note sur un nouveau moyen de ranimer les sujets sous le coup d'une syncope mortelle par le chloroforme ou autre cause, moyen consistant dans des douches d'eau froide sur les yeux.

M. LARREY présente, au nom de l'auteur, M. Mourlon, médecin aide-major de 1re classe, plusieurs brochures : *Essai sur les hernies musculaires. — Blessure complexe de la face par arme à feu. — Oblitération des conduits lacrymaux, traitée par le cathétérisme forcé. — De l'uréthroscopie.*

COMMUNICATION.

Nouveau procédé opératoire pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens.

M. OLLIER (de Lyon), membre correspondant. La question des polypes naso-pharyngiens a été si souvent traitée devant la Société que je ne rentrerai pas dans la discussion générale. Je me bornerai seulement à exposer un nouveau procédé qui me donne depuis deux ans les meilleurs résultats, et dont j'apprécie de plus en plus les avantages à mesure que mon expérience s'étend.

Ce procédé se rattache à la voie nasale. Il part du même principe qu'un certain nombre d'opérations appelées improprement ostéoplastiques, et qui consistent à écarter les os de la face pour aller à la recherche du polype. Je désigne mon procédé sous le nom d'*ostéotomie verticale et bilatérale des os du nez*. L'opération consiste en une incision cutanée en forme de fer à cheval, partant du point le plus reculé du contour supérieur de l'aile du nez, remontant en haut vers le point le plus élevé de la racine, et descendant par une voie analogue jusqu'au même point de l'aile du nez du côté opposé. On prend ensuite une scie fine (scie de Butcher, scie de Matthieu), on coupe de haut en bas les os du nez dans la direction de l'incision extérieure ; on abaisse alors le nez en rendant, si c'est nécessaire, l'abaissement plus facile par quelques coups de ciseaux portant sur la partie cartilagineuse de la cloison et sur l'aile du nez. Cette opération préliminaire est faite avec une grande rapidité, elle fournit très-peu de sang. Elle ne compromet nullement la vitalité du nez puisque ses princi-

pales artères sont conservées dans les piliers inférieurs, et elle permet d'aborder le polype par le point le plus élevé des fosses nasales.

Avec la vue et le toucher, on détermine exactement les limites de son implantation, et lorsqu'on procède à l'arrachement et à la rugination de l'apopbyse basilaire, on agit en sachant ce qu'on fait.

Pour se donner plus d'espace, il faut mobiliser la cloison, la déjeter latéralement avec le doigt seulement, si elle est usée et amincie par le polype, ou bien au moyen d'une incision antéro-postérieure, si elle résiste.

Tous les nez ne sont pas également favorables; mais par la mobilisation de la cloison, on assez de jour pour opérer avec précision et sûreté.

Je mets sous les yeux de la Société des fragments d'un polype qui, réunis, pèsent 205 grammes; c'est le plus gros que j'aie enlevé, et je n'ai pas trouvé d'exemple pareil parmi les observations que j'ai pu analyser.

Une fois le polype extrait, on relève le nez, on le réunit par des points de suture métallique capillaire très-rapprochés. La soudure se fait très-promptement. Un de mes malades a pu se moucher au bout de quatre jours.

J'ai pratiqué huit fois cette opération, six fois pour des polypes fibreux naso-pharyngiens, deux fois pour des polypes glandulaires développés dans la partie supérieure des fosses nasales.

Dans un des six premiers cas, j'ai perdu un malade d'accidents cérébraux; le polype pénétrait par un prolongement dans la substance cérébrale; à l'autopsie seulement cette complication fut reconnue. Sur le vivant, rien n'avait pu me la faire prévoir.

Le cas dont vous avez les pièces sous les yeux, m'avait fait longtemps hésiter à cause de la gravité des désordres et des déformations de la face. Il y avait un double exorbitis et une cécité complète à droite, presque complète à gauche, due à la compression des nerfs optiques. Je passai outre et malgré la multiplicité des prolongements que j'eus beaucoup de peine à extraire. Le malade se rétablit sans présenter aucun symptôme inquiétant du côté du cerveau. Il y a treize mois aujourd'hui que j'ai fait l'opération, à la date des dernières nouvelles (il y a trois mois) rien n'indiquait la récidive. La vision ne s'est pas rétablie, le nerf optique atrophié n'a pu se régénérer; ce qui ne doit pas nous surprendre, car les nerfs de sensibilité spéciale ne se régénèrent pas.

En résumé, l'ostéotomie verticale et bilatérale des os du nez, constitue une opération préliminaire qui réunit les conditions les plus avantageuses. Rapiditó, simplicité, efficacité, et innocuité par elle-

même : tels sont les avantages qu'elle me paraît présenter. Elle ne compromet aucune fonction comme les opérations qui se rattachent à la voie buccale; elle ne laisse qu'une cicatrice linéaire qui devient de moins en moins apparente.

On a proposé, dans ces derniers temps, un grand nombre de procédés pour atteindre le polype par la voie nasale; le temps me manque pour les mettre en parallèle avec le mien; je rappellerai seulement qu'ils se trouvent tous décrits ou énumérés dans la thèse d'un élève de M. Nélaton, M. Robin Massé.

DISCUSSION.

M. CHASSAIGNAC. Le procédé de M. Ollier présente beaucoup d'analogie avec celui que j'ai imaginé et mis en usage. J'ai été frappé de voir notre distingué collègue constater les mêmes avantages qui m'ont engagé à le préconiser. Il est, en effet, très-facile d'explorer avec l'œil et le doigt lorsque le nez a été détaché et déplacé. L'opération peut être facilement exécutée et complétement faite, le nez remis en place reprend rapidement. J'ai fait connaître un procédé qui consiste seulement à déplacer la portion cartilagineuse. Mais j'ai déplacé dans d'autres circonstances le squelette du nez. M. Ollier abaisse le nez en le détachant de haut en bas, je le déplace en le renversant latéralement : ces deux manières de faire ont donc de grandes analogies. Je crois avoir eu le premier l'idée de déplacer les os du nez pour créer une voie qui permette d'arriver au polype naso-pharyngien; j'ai cru devoir le rappeler à propos de la communication de M. Ollier qui donne à cette méthode une nouvelle et importante consécration.

M. OLLIER. Le procédé de M. Chassaignac m'est parfaitement connu, et je n'aurais pas manqué d'en parler si j'avais fait l'histoire de la méthode opératoire à laquelle il a attaché son nom. Je n'ai eu d'autre but que de faire connaître un procédé nouveau auquel je crois certains avantages. C'est à tort que l'on a donné à ces procédés la dénomination d'ostéoplastiques. On fait, en employant ces procédés, le déplacement des os, et non de l'ostéoplastie. Aussi j'ai désigné mon procédé sous le nom d'ostéotomie verticale et bilatérale des os du nez.

M. VERNEUIL. Je répéterai ce que déjà j'ai eu l'occasion d'affirmer ici. Les procédés de déplacement des os appartiennent incontestablement à la Société de chirurgie de Paris, dans la personne de MM. Chassaignac et Huguier. Langenbeck et les Allemands en ont revendiqué l'invention, mais c'est tout à fait à tort. Leur prétention à ce sujet ne peut être justifiée.

Résections sous-périostées articulaires.

M. OLLIER. La seconde communication que je désire faire devant vous est plus importante parce qu'elle touche à des questions nombreuses, soulevées dans ces derniers temps, et qui ont été l'occasion des opinions les plus divergentes. Il s'agit de la reproduction des os après les résections articulaires et de la reconstitution des articulations elles-mêmes.

J'ai déjà, dans diverses circonstances, traité quelques points de cette question devant la Société, mais je n'ai pas encore exposé mes résultats cliniques. Dès 1858, j'avais cherché à démontrer la reproduction des articulations et à établir les conditions dans lesquelles elle s'opère. Mais aujourd'hui c'est avec de nouvelles expériences que j'aborde la question, et par les nombreuses pièces que je mets sous vos yeux, vous pourrez vous convaincre de la réalité des faits que j'ai déjà énoncés sur cette importante question.

Il y a trois points à déterminer dans la reconstitution des articulations :

1° La reproduction des extrémités articulaires;

2° La reconstitution des moyens d'union;

3° Les rapports des muscles qui entourent l'articulation et qui doivent la faire mouvoir.

En expérimentant sur des animaux aussi rapprochés de l'homme que possible, sur le chien par exemple, j'ai vu qu'après l'ablation de la totalité des extrémités osseuses qui composent une articulation, on peut obtenir *une articulation de même type que l'articulation enlevée.* Les gynglimes eux-mêmes peuvent se reconstituer avec leurs formes et leurs mouvements essentiels, contrairement à ce qu'on avait déduit des résultats des expérimentateurs qui m'ont précédé.

Pour arriver à ce résultat, il faut n'enlever que la portion osseuse et cartilagineuse de l'articulation ; il faut conserver toutes les parties fibreuses, ligaments, capsules, insertions tendineuses ; il faut laisser toutes ces parties se continuer avec les gaînes périostiques ; il faut, en un mot, ménager *un canal périostéo-capsulaire,* périostique à ses deux extrémités, capsulaire à son centre. Il faut pénétrer dans l'articulation par une incision unique dans le sens de l'axe du membre ; détacher avec la sonde-rugine toutes les parties fibreuses, de manière à conserver intacte la loge ostéo-périosto-capsulaire. De cette manière les muscles gardent leurs rapports réciproques, et leur action physiologique se rétablit. Je me suis assuré aussi de la nécessité de maintenir écartées les surfaces osseuses réséquées.

Sur ces pièces qui se rapportent aux articulations du coude, du genou, du pied et de l'épaule chez le chien, vous pouvez constater la reconstitution d'une articulation de même type que l'articulation enlevée. J'ai mis les portions osseuses enlevées à côté des portions osseuses reproduites.

D'autre part, voici des pièces dans lesquelles j'ai pratiqué des résections par la méthode ordinaire, et vous pouvez voir combien la différence est grande, lorsqu'on a enlevé non-seulement la surface articulaire, mais la totalité des têtes osseuses.

Lorsque j'ai enlevé les portions osseuses en conservant l'intégrité et la continuité des tissus fibreux, j'ai retrouvé tous les muscles à leur place et capables de fonctionner ; lorsqu'au contraire j'ai pénétré dans l'articulation par de larges incisions, en coupant de nombreuses attaches musculaires, j'ai trouvé ces muscles réunis entre eux et aux os voisins d'une manière irrégulière, leur action était annihilée et pervertie.

Chez l'homme, j'ai eu des résultats semblables ; à mesure que ces résections se sont multipliées, j'ai pu me convaincre de plus en plus de la concordance entre les résultats cliniques et les résultats expérimentaux.

On m'a reproché quelquefois de préconiser des opérations difficiles, longues et laborieuses ; j'avoue que si nous n'avions pas l'anesthésie, je pourrais faire quelques concessions sur ce point ; mais quand le malade ne souffre pas, je ne crains pas d'allonger une opération de dix à quinze minutes et plus, s'il le faut, pour pratiquer une résection d'après la méthode que je viens d'exposer.

Parmi les faits cliniques que je puis citer en faveur de cette méthode, je rappellerai la reproduction de la moitié supérieure de l'humérus, dont j'ai publié l'observation il y a un an environ. Ce fait, à lui seul, suffirait à ma démonstration. Voici la portion enlevée qui mesure 12 centimètres, c'était juste la moitié de l'humérus. Or aujourd'hui, le membre a la longueur qu'il avait au moment de l'opération. Il y a eu 11 centimètres de reproduits, je n'en compterai même que 10 à la rigueur pour éviter toute cause d'erreur ; ce chiffre est suffisant pour ma démonstration. Le membre est cependant plus court de 5 centimètres que celui du côté sain, parce que ce dernier s'est accru pendant que le membre opéré restait stationnaire.

Voici l'os enlevé ; il est complétement dépouillé de son périoste ; le cartilage de la tête est érodé, et partout profondément altéré, la surface de l'os est inégale, son tissu est dur. C'était dans tous les cas un os parfaitement vivant ; je n'ai pas besoin d'insister sur ce point

pour démontrer qu'il ne s'agit pas, dans cette opération, d'une ablation de nécrose.

Non-seulement l'os s'est reproduit, mais l'articulation s'est reconstituée; tous les mouvements, même les mouvements de rotation, existent. Bien qu'on ne puisse pas apprécier la forme de la tête reproduite (les surfaces cartilagineuses ne se reproduisent jamais), la tête est solidement unie contre la cavité glénoïde; le deltoïde se contracte et écarte le coude du tronc.

Relativement aux résections du coude, ce que je dois signaler, c'est une grande solidité latérale de l'articulation. Je ne coupe pas le triceps pour éviter qu'il n'aille se souder à l'humérus, comme on peut le voir sur une des pièces que j'ai sous les yeux.

J'ai hésité longtemps à pratiquer sur l'homme ces résections sous-capsulo-périostées, je craignais que ces capsules, ces ligaments altérés, ne pussent être conservés sans dangers, mais l'expérience m'a appris que mes craintes n'étaient pas fondées. En modifiant les parties fongueuses altérées par du nitrate d'argent et de légères applications de fer rouge on change leur vitalité et on les rend aptes à se cicatriser.

Relativement à l'accroissement des membres réséqués, il est des faits que l'expérimentation démontre et que la clinique confirme parfaitement : c'est l'importance inégale des diverses extrémités osseuses au point de vue de l'accroissement des os longs. Les extrémités qui contribuent à former le coude sont les moins importantes au point de vue de l'accroissement du membre supérieur, celles qui contribuent à former le genou sont les plus importantes au point de vue de l'accroissement du membre inférieur. De là une opposition entre le coude et le genou que je ne saurais trop faire ressortir. La résection du coude chez les enfants, n'arrête que très-faiblement l'accroissement du membre; la résection du genou, au contraire, est très-grave sous ce rapport.

J'ai étudié expérimentalement l'accroissement des os réséqués, mais j'ai pu constater chez l'homme, dans plusieurs cas de résection du coude, une concordance parfaite entre les faits expérimentaux et les faits cliniques. Plusieurs de ces faits ont été publiés dans la thèse de M. le docteur Bonesseur, l'un de mes élèves. Je publierai prochainement les autres dans un traité spécial que je prépare en ce moment.

C'est à l'Hôtel-Dieu que j'ai pratiqué toutes les résections articulaires que je viens de rappeler; mes opérés ont eu souvent la guérison retardée par les influences mauvaises du milieu : érysipèles, suppurations prolongées. Aussi les ai-je envoyés à la campagne

toutes les fois que la chose m'a été possible. Je les ai revus ensuite en les retenant le plus longtemps possible à l'Hôtel-Dieu, pour suivre la marche de la guérison et apprécier les résultats définitifs.

C'est chez les jeunes sujets, pendant la période de croissance, qu'on obtient des résultats complétement satisfaisants au point de vue de la régénération des extrémités articulaires et du rétablissement de l'articulation. Chez l'adulte, la reproduction des os ne s'opère pas, ou ne s'opère qu'incomplétement, mais on a toujours le rétablissement de l'articulation et le retour des mouvements. J'ai réséqué la tête de l'humérus sur un homme de cinquante-six ans, et l'articulation s'est reconstituée.

DISCUSSION.

M. DEMARQUAY. M. Ollier vient de nous dire qu'il maintenait les surfaces osseuses écartées après les avoir réséquées. Il a pour but, en agissant ainsi, de préparer et de conserver à l'os qui va se former, une gaîne protectrice. Je me demande si cette idée, séduisante en théorie, sera toujours justifiée en pratique. La suppuration ne sera-t-elle pas retenue dans ce manchon ostéo-fibreux ? On sait qu'elle est toujours abondante et de longue durée après les résections.

M. BROCA. Ce que fait M. Ollier est absolument différent de ce que les expérimentateurs et les chirurgiens ont fait avant lui. Grâce à l'écartement des extrémités osseuses, à la conservation de la gaîne ou manchon ostéo-fibreux, la sécrétion du nouvel os trouve un terrain, un moule tout préparé. Je crois donc que l'écartement des extrémités osseuses joue un rôle capital. C'est par lui que peut être expliquée, sans doute, la différence des résultats obtenus par les allemands et en particulier par Albrecht Wagner, dont j'ai traduit autrefois le travail dans les *Archives de médecine*. Les pièces que M. Ollier nous présente ne ressemblent en rien à celles que nous connaissions, leur physionomie est toute particulière.

Il y a deux ans, j'ai pratiqué la résection partielle du maxillaire inférieur chez un enfant âgé de deux ans. J'étais aidé par M. Follin, et nous arrivâmes à conserver complétement le périoste. Malheureusement, on le sait, il est fort difficile de maintenir écartées les extrémités réséquées du maxillaire. Aussi, malgré les bonnes conditions d'âge et d'opération, je n'obtins pas de reproduction osseuse. M. Ollier nous a surtout parlé de résections du coude : il est un point relatif au manuel opératoire qui me préoccupe, et sur lequel je lui demanderai de nouvelles explications. Il me paraît, en effet, fort difficile d'arriver à pratiquer cette opération selon la méthode de M. Ollier, en faisant une seule incision au périoste et à la capsule.

M. VERNEUIL. J'ai pratiqué la résection sous-périostée du coude, et je n'ai fait qu'une seule incision. Cette opération est facile dans les cas où l'on opère pour une lésion organique. Je crois avoir le premier pratiqué cette opération sur le coude, j'enlevai $0^m,11$ de l'humérus, après guérison quatre centimètres avaient été reproduits. Avant-hier encore, je pratiquais cette opération; le grattoir ordinaire, l'extrémité des ciseaux courbes, l'ongle, sont les instruments que je préfère.

J'ai vu avec grand plaisir M. Ollier reprendre les résections tibio-tarsiennes trop abandonnées depuis Moreau. Je crois cette opération très-utile. Langenbeck donne dans un mémoire récent sept observations très-favorables. Il a pu enlever plusieurs centimètres du tibia et du péroné en conservant le périoste.

M. OLLIER. Je crois, en effet, à l'utilité, à la nécessité do l'écartement des surfaces osseuses. Je me suis demandé, pour le coude, s'il ne serait pas préférable de laisser le membre allongé, c'est une question que je ne puis encore résoudre. Je n'ai pas vu se produire dans la pratique les accidents que craint M. Demarquay. Je crois donc pouvoir recommander le précepte sur lequel mes collègues ont bien voulu arrêter leur attention.

C'est à travers une seule incision que j'opère, même pour réséquer le coude. J'ai modifié l'incision postérieure, à laquelle je donne la préférence. Je commence un peu en dehors, au niveau du bord externe de la longue portion du triceps, puis je conduis mon incision en dedans, de manière à venir tomber sur l'olécrâne. Avec la sonde rugine, j'écarte le triceps en dedans, je détache ensuite le ligament latéral externe. Je luxe alors les os en dehors, je procède avec une grande douceur, décollant successivement le périoste sur l'humérus et prenant bien garde qu'un mouvement brusque ne provoque un décollement trop étendu. L'humérus est réséqué et je procède alors de la même manière pour le cubitus et le radius. Je termine ordinairement par cet os; je ferai remarquer que je ne puis compter sur la reproduction de la cupule radiale toute entière revêtue de cartilage; pour cette extrémité osseuse, la résection ne devient sous-périostée que lorsqu'on dépasse la cupule.

Je n'ai fait qu'une seule fois la résection sous-périostée du coude pour un cas traumatique. Il s'agissait d'un enfant de quinze ans; l'extrémité inférieure de l'humérus était brisée en trois fragments. Je réussis cependant, quoique avec peine. Je pense que chez l'adulte cette opération ne serait pas praticable dans semblables circonstances. J'eus le regret de perdre mon opéré, il fut atteint d'infection purulente.

PRÉSENTATION DE PIÈCE.

Fracture du péroné avec fracture intra-articulaire du tibia.

M. LABORIE. J'ai l'honneur de présenter à la Société une fracture du péroné que j'ai recueillie dans mon service à l'Asile impérial de Vincennes. Le malade qui était atteint de cette lésion avait fait une chute, le 16 mars 1866, dans les conditions suivantes :

Étant sur le bord d'un trottoir, il fut heurté par un passant, et tandis que le pied gauche restait sur le trottoir le pied droit portait à faux sur le sol de la rue. Une douleur vive se fit immédiatement sentir, et la marche devint impossible. On transporta le blessé à l'hôpital Beaujon. On constata qu'il existait une fracture de la partie inférieure du péroné, sans déplacement. Un simple bandage dextriné fut appliqué, et quarante-quatre jours après le malade nous était envoyé. Dès son arrivée, suivant l'habitude, un interne prit l'observation, et on put reconnaître le bon état du membre, le peu de douleur, l'absence de déformation et enfin la facilité de la marche qui pouvait s'effectuer avec l'aide d'une canne seulement.

Dans les derniers temps de son séjour à l'Asile, au moment presque de sa sortie, ce malade fut pris d'accidents typhoïdes à forme méningée, qui se terminèrent rapidement par la mort. Il succombait le 11 mai 1866, c'est-à-dire cinquante-huit jours après s'être fracturé la jambe. A l'autopsie nous avons trouvé les lésions suivantes :

1° Une fracture du péroné, oblique de dedans en dehors et de haut en bas. Le point le plus bas du trait est à 5 cent. 1/2 de l'extrémité malléolaire, le point le plus élevé à 5 centimètres.

La fracture parfaitement affrontée est solidement réunie, mais sans trace de cal osseux. Un trait de scie pratiqué suivant la longueur de l'os montre un tissu serré, fibreux, régnant dans toute l'étendue de la solution de continuité, qui permet de légers mouvements entre les fragments.

2° A la partie inférieure et la plus externe de la surface articulaire du tibia, nous trouvons une fracture complète, présentant la forme d'une pyramide à base inférieure. Cette base, répondant à la surface articulaire qui se trouve divisée, ainsi que le cartilage articulaire, à environ un centimètre dans le sens antéro-postérieur et 1 cent. 1/2 transversalemement. La hauteur de cette pyramide est de 2 centim.

Cette fracture, ou pour mieux dire cet arrachement s'est effectué par le tiraillement exercé pendant l'effort fracturant sur la partie d'implantation du ligament péronéo-tibial antérieur. On voit, en effet, que le ligament, parfaitement sain, conserve ses deux attaches et que

la partie du tibia fracturée est précisément la partie sur laquelle il se fixe.

Pas plus que pour le péroné nous ne trouvons de cal osseux, mais, néanmoins, la réunion du fragment est aussi solidement maintenue par un tissu fibreux semblable.

En résumé:

Nous trouvons une fracture par divulsion de l'extrémité inférieure du péroné, sans consolidation osseuse au cinquante-huitième jour. Une fracture du tibia, fracture intra-articulaire, qui n'a produit aucun accident inflammatoire. Et comme pour le péroné pas de réunion osseuse.

Rien, pendant la vie du malade, n'a permis de soupçonner cette complication qui pouvait devenir la cause d'accidents des plus graves.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT.

Nouveau brise-pierre.

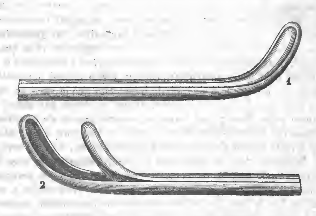
M. DEMARQUAY présente, au nom de M. le docteur Colson, membre correspondant à Noyon, l'instrument de lithotritie dont voici la description :

Il n'y a pas un seul chirurgien qui, ayant eu à pratiquer l'opération de la lithotritie avec le brise-pierre le plus ordinairement employé, comme celui que j'ai figuré aux nos 1 et 2 de la planche qui accompagne cette notice, n'ait été frappé de ses défauts de construction. En effet, cet instrument, dont le bec est court et méplat horizontalement, la courbure brusque et presque à angle droit, est quelquefois d'une introduction difficile et peut-être même impossible chez quelques calculeux. Ainsi je l'ai vu, et cela m'est arrivé à moi-même il y a dix-huit mois chez un homme, dans la vessie duquel non-seulement je n'ai pas pu faire pénétrer le lithotriteur que je viens de décrire, mais dans le canal de l'urèthre duquel je n'avais pas abouti à pratiquer autre chose qu'une fausse route après cinq ou six tentatives infructueuses d'introduction faites à sept ou huit jours d'intervalle. Jusqu'à cette époque j'avais pourtant toujours réussi, et j'étais arrivé assez facilement dans la vessie avec le lithotriteur ordinaire, chez le petit nombre de malades, hommes et femmes, auxquels j'ai pratiqué la lithotritie depuis environ trente ans. Mais ici j'avais affaire à un calculeux dont le canal de l'urèthre très-sensible, très-irritable, se contractait spasmodiquement sous l'influence du cathétérisme pratiqué avec le plus de lenteur, le plus de ménagement, malgré enfin toutes les précautions possibles, et comme j'arrivais toujours alors néanmoins à faire pénétrer dans la vessie des sondes exploratrices de gros ca-

libre, des sondes lourdes et volumineuses comme la sonde en étain n° 3 de Mayor, ainsi que la grosse sonde évacuatrice des boîtes de lithotritie, je pris de suite la résolution de faire construire un lithotriteur dont la courbure et la forme se rapprocheraient de celles de ces grosses sondes métalliques. Et comme j'avais remarqué dans presque toutes les opérations de lithotritie que j'ai faites avec le lithotriteur ordinaire, que je pinçais souvent la membrane muqueuse de la vessie et que j'en ramenais de petits lambeaux pris entre les mors de l'instrument en le retirant de la vessie, je résolus de faire donner aux mors de mon lithotriteur une longueur différente en faisant proéminer l'un d'environ 1 centimètre au-dessus de l'autre. J'ai fait porter l'excès de longueur sur l'extrémité de la branche femelle du lithotriteur, de manière que l'instrument étant ouvert et en action dans la vessie, la membrane muqueuse de cet organe fût soutenue et se tendît sur l'extrémité du mors le plus long, au lieu de se fourrer entre ces mors et de s'y laisser pincer.

Je n'ai pas observé d'accidents graves chez les malades auxquels j'ai ainsi pincé autrefois la vessie avec l'ancien brise-pierre dans une opération de lithotritie, sans doute parce que je n'avais pas pincé fortement la vessie, mais je sais que d'autres chirurgiens n'ont pas été aussi heureux, et je pourrais citer des exemples de mort arrivée à la suite de cet accident.

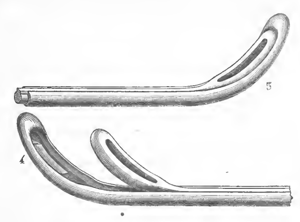
Je donnai alors le modèle d'un nouveau lithotriteur aux habiles



successeurs actuels de M. Charrière, MM. Robert et Colin, qui comprirent parfaitement mes idées et me construisirent l'instrument que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui à la Société de chirurgie.

Cet instrument ressemble au lithotriteur usuel, jusqu'à l'endroit où

commence sa courbure, c'est pourquoi je me suis contenté de faire dessiner son extrémité vésicale, car c'est par là seulement que mon lithotriteur diffère des autres. Les nos 3 et 4 de la planche, qui représentent l'instrument fermé et ouvert, en donneront une idée bien plus exacte que la meilleure description.



J'ai fait avec cet instrument six opérations de lithotritie l'année dernière sur un malade qui avait plusieurs calculs vésicaux, dont l'un ne mesurait pas moins de 38 millimètres dans le diamètre où je l'ai saisi; il m'a fallu employer beaucoup de force pour faire éclater ce calcul, tellement qu'il m'est venu des ampoules dans la paume de la main droite à la suite de cette opération. Le broiement des autres calculs, qui étaient moins volumineux, a été moins difficile. Mais, j'ai remarqué que pour avoir plus de force et éviter de se blesser en broyant des calculs durs et volumineux, il fallait coiffer la manivelle du lithotriteur avec une compresse ou même un pan de redingote, comme cela m'est arrivé; alors la main de l'opérateur est protégée et ne glisse pas. Ceci est un petit détail, mais qui pourtant a son importance dans la pratique.

Je dois faire observer encore ici que mon lithotriteur n'agit pas comme le lithotriteur usuel; en effet, avec ce dernier on ne peut pas broyer de gros calculs, à moins qu'ils ne soient friables, et l'on ne peut en réalité broyer que les petits quand ils sont durs, tandis qu'avec mon instrument on peut broyer les plus durs et les plus gros, c'est-à-dire ceux qui ont près de 40 millimètres de diamètre. Le mode d'action des deux instruments est en effet différent, et cela tient à leur différence de construction. Quand on a saisi par le milieu

un gros calcul dur d'acide urique par exemple avec mon lithotriteur, en y mettant le temps et en employant une force suffisante, on doit toujours le faire éclater ; mais il n'en est pas de même avec le lithotriteur ordinaire, car alors on est obligé de le lâcher et de l'égrener en l'attaquant par un point quelconque de sa circonférence au lieu de l'attaquer par le centre, là où l'on perdrait son temps.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 13 JUIN 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le *Montpellier médical ;*

Le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

M. LE Dr GUERSANT fait hommage à la Société du 6e fasciculo de ses *Notices sur la chirurgie des enfants.*

— M. DEPAUL fait hommage du Rapport sur les vaccinations pratiquées en France pendant l'année 1864, et de sa réponse au discours de M. Bousquet, intitulée : *Vaccination animale.*

— M. LABAT (de Bordeaux) adresse un mémoire intitulé : *De la résorption purulente et des moyens de l'éviter, spécialement dans les amputations.* (Commissaires : MM. Labbé, Després, Désormeaux.)

— M. DOLBEAU présente, au nom de leurs auteurs :

1° Clinique ophthalmologique, par A. de Graefe, traduite en français par M. Édouard Meyer ;

2° Cas de fracture de la colonne vertébrale, par M. Robert Mc Donnell ;

3° De l'importance et de l'application de la physiologie dans la pratique de la médecine et de la chirurgie, par notre membre correspondant M. Brown-Séquard ;

4° Une observation d'encéphalocèle, par M. le docteur Chédevergne (de Poitiers).

DISCUSSION.

Accidents dus au chloroforme.

M. LÉON LE FORT. Plusieurs de nos collègues paraissent impatients de voir se terminer, avant même qu'elle s'engage, cette discussion sur les moyens de prévenir ou de combattre les accidents produits par les agents anesthésiques; je me ferai donc une loi d'être aussi bref que possible, et je ne prendrais même pas la parole, si je ne croyais utile de défendre devant vous l'usage de l'électrisation comme moyen de ramener à la vie les individus passés du sommeil anesthésique dans ce sommeil qui simule, qui annonce la mort, et qui quelquefois n'a plus de fin. Mais je ne puis faire comprendre ma pensée sans rappeler brièvement les phénomènes qui se passent lors de l'administration du chloroforme, et sans rechercher leur cause et leur mode de production.

Ce n'est pas seulement depuis la découverte de l'anesthésie, que la mort est venue interrompre des opérations commencées ou seulement préparées. On n'a pas oublié le cas où Desault, sur le point de pratiquer la lithotomie, et traçant avec l'ongle l'endroit où il allait inciser le périnée, entendit son malade pousser un cri, le vit s'affaisser brusquement et mourir de syncope entre ses mains.

Lorsque Simpson employa la première fois le chloroforme, c'était aussi pour pratiquer la taille; l'enfant, comme le malade de Desault, mourut de syncope. Heureusement c'était avant qu'on eût procédé à l'anesthésie, car il est probable que si la mort fût survenue quelques minutes plus tard, si elle avait pu être attribuée au chloroforme, c'en était peut-être fait de l'anesthésie chirurgicale.

Le chloroforme ou autres anesthésiques paraissent agir de deux manières, à la façon des alcooliques, et comme agents asphyxiants.

Lorsqu'on soumet un homme ou un animal à l'influence des vapeurs anesthésiques, on voit se succéder des phénomènes qui indiquent une action sur le système nerveux central, et les expériences de Flourens et de Longet ont amené ces éminents physiologistes à distinguer dans ces phénomènes quatre phases distinctes qu'ils rapportent à l'action du chloroforme ou de l'éther : 1° sur le cerveau et le cervelet; 2° sur la protubérance annulaire; 3° sur la moelle épinière; 4° sur le bulbe.

A l'excitation du début succède bientôt un trouble dans l'expression de la pensée, la parole est confuse, inintelligible; en même temps surviennent les mouvements désordonnés, violents, énergiques, auxquels succède une résolution incomplète dont le malade sort chaque

fois qu'on excite vivement la sensibilité. Enfin, arrive la résolution complète des membres, la perte des mouvements actifs, le stertor, et sur les animaux mis en expérience, et chloroformés *usque ad mortem*, la respiration s'embarrasse, finit *graduellement* par s'arrêter, et le sommeil fait place à la mort.

Chez l'homme, ce genre de mort est rare, car jamais, sauf les cas de suicide, la chloroformisation n'est poussée jusqu'à de pareilles limites.

Dans ces phénomènes d'excitation et plus tard de résolution, nous retrouvons exagérés, concentrés, dans un court espace de temps, se succédant sans transition, les symptômes de l'alcoolisme aigu. Pris à l'intérieur, en trop grande quantité, le chloroforme peut causer un empoisonnement mortel, comme le ferait une dose trop considérable d'alcool. Les journaux Anglais en ont rapporté déjà plusieurs exemples, parmi lesquels je citerai surtout celui que publia M. Lammen, 1862. (*Hygiea*, février 1862.)

Ce mode d'action du chloroforme doit donc rendre son emploi dangereux, toutes les fois qu'il s'agit d'individus soumis déjà à un certain degré d'alcoolisme. C'est, en effet, ce qui est arrivé dans presque tous les cas où on a eu recours à l'anesthésie pour combattre l'agitation du *delirium tremens ;* neuf fois la mort fut la conséquence de la chloroformisation. Sur ces neuf cas, deux fois la mort fut brusque et survint au début de l'anesthésie, sept fois elle fut précédée de violentes contractions musculaires et d'une grande agitation.

D'après les recherches de Sansom, consignées dans son livre récent (*Chloroform; its action and administration*, Londres, 1865), un grand nombre de cas de mort sont survenus chez des individus adonnés à l'usage trop fréquent des alcooliques. Aussi, peut-on tirer de ces faits un enseignement et l'indication d'une précaution à prendre: c'est de ne pas donner le chloroforme à ceux que l'on qualifie de « buveurs de profession » ; et je pense, pour ma part, que toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un malade qu'on ne peut arriver à endormir avec les doses ordinaires, d'un malade qui avoue ses habitudes d'intempérance, au lieu de forcer la dose de l'agent anesthésique, au lieu de vouloir surmonter sa résistance physiologique, au lieu de persévérer dans la tentative commencée, il faut s'arrêter et ne pas pousser plus loin l'essai de chloroformisation.

Le chloroforme, ai-je dit en commençant, agit aussi comme asphyxiant ; mais avant d'employer ce mot d'asphyxie, il me faut fixer la valeur que je lui attribue; cela me paraît d'autant plus nécessaire, que M. Perrin paraît entendre ce mot comme on le comprenait à l'époque de Bichat. Or pour moi, et je crois pour presque tous les phy-

siologistes actuels, l'asphyxie n'est pas seulement constituée par des accidents résultant de la non-arrivée dans les poumons de la quantité d'air nécessaire à la vie ; tout ce qui empêche l'échange des gaz du sang, tout ce qui fait obstacle à la fixation et au transport de l'oxygène par les globules, tout ce qui rend difficile ou impossible l'arrivée à nos organes, et spécialement aux systèmes nerveux et musculaire de l'excitant vital, l'oxygène, est une cause d'asphyxie, c'est-à-dire d'affaiblissement, de suspension ou d'arrêt de la vie par défaut d'oxygène.

Or M. George Harley (*British and foreign med. chir. review*, 1856, p. 429) a montré par ses expériences que les narcotiques aussi bien que les anesthésiques ont la propriété de diminuer le pouvoir des parties constituantes du sang à fixer l'oxygène et à mettre en liberté l'acide carbonique. Si l'on agite du sang dans un flacon contenant de l'air atmosphérique, on trouve que sur 1000 parties d'air renfermant 200 parties d'oxygène, 130 parties d'oxygène ont été absorbées par le sang, et qu'il n'en reste que 70 parties. En revanche, cet air qui, à l'état normal, ne contient que 2 parties d'acide carbonique, en contient 340 après l'agitation du flacon renfermant le sang. L'échange des gaz a donc eu lieu.

Mais, si au lieu de prendre du sang pur on y ajoute du chloroforme, de la morphine et même de l'alcool, tout change. Il reste alors après agitation 180 parties d'oxygène et 20 parties seulement ont été absorbées, et au lieu de trouver dans l'air restant 340 parties d'acide carbonique comme dans les cas précédents, on n'en trouve plus que 200.

La propriété commune des anesthésiques est donc bien, comme l'a dit M. Sansom, à la Société royale et dans son livre, telle que l'avait démontré M. Harley, celle de diminuer l'énergie de l'échange entre les éléments de l'air et ceux du sang.

Mais, dira-t-on, le chloroforme ajouté au sang a changé la composition, la forme des globules; de là les modifications montrées par M. Harley. Sans nul doute, et le fait a été prouvé par M. Sansom lui-même, dans un mémoire lu devant la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, et des figures ajoutées à son livre montrent de quelle nature est la déformation des globules. Mais ce qui se passe dans le flacon se passe aussi dans une moindre étendue dans les appareils pulmonaire et circulatoire; le chloroforme inspiré dans le poumon est absorbé *en nature* et circule avec le sang ; MM. Perrin, Lallemand et Duroy l'ont retrouvé dans le sang, dans le cerveau, dans la moelle, en proportions qui me paraissent certainement bien extraordinaires; mais enfin ils l'ont trouvé et ils ne pourraient sans

doute dénier les résultats de leurs propres expérimentations consignées dans leur livre.

Mais ce n'est pas tout encore, MM. John Harley et Sansom ont examiné au microscope la patte d'une grenouille soumise aux inhalations de chloroforme par la bouche, et ils ont vu que, s'il y avait dès le début de l'expérience augmentation de la circulation, il survenait bientôt une contraction des artérioles, examinées au micromètre; cette contraction cessait lorsqu'on arrêtait l'éthérisation pour reparaître aussitôt qu'on réappliquait les agents anesthésiques.

L'acide carbonique dès les premiers moments de l'anesthésie, chez l'homme, est exhalé en plus grande quantité que dans l'état normal, mais bientôt cette exhalation diminue et s'arrête.

La respiration subit encore une modification profonde, sous l'influence du chloroforme, dit le rapport du comité de la Société royale de Londres, « l'amplitude de la respiration diminue peu à peu, et lorsque la période d'insensibilité est survenue, la quantité d'air entrant dans le poumon e-t extrêmement minime. » Comme on le voit, bien des causes interviennent pour suspendre la vie de relation, et je dirai avec M. Sansom, la narcose chloroformique n'est pas due à un poison spécial qui monte vers le cerveau, mais à l'arrêt de l'oxygénation du sang.

Tout ce qui produit, à un certain degré, une oxygénation incomplète du sang, amène l'anesthésie. Les causes qui produisent l'anesthésie chloroformique sont donc une action spéciale du chloroforme sur les globules du sang dont l'oxygénation est rendue plus difficile, une diminution dans la circulation artérielle, un ralentissement et une moindre amplitude de la respiration.

C'est par ce mode d'asphyxie, qui ne ressemble guère à une strangulation ou une immersion, c'est par cette modification du globule sanguin que l'anesthésie est produite. Elle devra aussi se montrer toutes les fois que les globules *intacts* ne pourront recevoir, par obstacle mécanique, la quantité d'air nécessaire à la vie. Aussi dans le croup, dans l'asphyxie par pression d'une tumeur sur le tube aérien, dans la bronchite capillaire, voyons-nous se produire une anesthésie plus ou moins complète, comme nous la voyons aussi dans les membres, dans les premiers moments qui suivent la ligature de leur artère principale. Tel est pour moi le mode d'action des anesthésiques, et il en résulte que l'on ne doit donner le chloroforme que mélangé à une forte proportion d'air respirable, qu'il faut s'arrêter lorsqu'on voit survenir de la congestion de la face; mais qu'il ne faut pas laisser arriver aux poumons du malade une trop grande quantité d'air, sous peine de ne pas pouvoir arriver à l'endormir.

Ceci dit, recherchons maintenant quelle est la cause et le mode de production des accidents trop fréquents observés depuis la découverte de Simpson.

Puisque les anesthésiques agissent en déterminant une asphyxie spéciale, il semble que c'est à l'exagération de cette cause qu'il faut attribuer la mort des sujets qui ont succombé. Il n'en est rien cependant, et c'est à peine si on pourrait citer quelques rares exemples où l'asphyxie pourrait être invoquée; Snow, dans un relevé de 50 cas, n'en cite qu'un seul exemple: Sansom n'en cite que 3 sur 109.

Peut-être dans les cas de suicide ou d'imprudence mortelle pourrait-on invoquer ce mode d'action de l'anesthésie. En 1861, un médecin à Londonderry avait l'habitude de se servir de chloroforme pour combattre des insomnies; il fut trouvé mort dans son lit ayant sur son oreiller la bouteille de chloroforme sur laquelle il avait appliqué ses narines. Un élève du dispensaire de Notting-Hill fut également trouvé mort dans son lit; il avait placé sur sa bouche une casquette contenant un mouchoir saturé de chloroforme. Une dame de Londres mourut dans des circonstances analogues, après avoir respiré près de 125 grammes de chloroforme versés par elle sur un mouchoir qu'elle s'était appliqué au devant de la figure.

Quelque interprétation que l'on donne à ces faits, ce qui est certain, c'est que ce n'est pas de cette manière que les accidents arrivent.

Lorsque la congestion de la face est intense, lorsque le stertor apparaît, il n'est aucun chirurgien qui ne s'arrête. D'ailleurs, si la mort arrivait de cette façon, elle ne surviendrait que dans la période avancée de l'anesthésie et c'est presque le contraire qui arrive.

L'enquête du comité de la Société royale a donné les résultats suivants :

Moment de l'anesthésie où la mort est survenue.

Au début des inhalations..................	10
A la période d'excitation..................	16
Anesthésie incomplète....................	24
Pendant l'anesthésie complète..............	38
Après l'opération..........................	14
Non spécifié...............................	7
	109

De sorte que sur 102 cas mortels, 50 fois la mort survint avant que l'anesthésie fût complète, et 52 fois pendant la durée de l'anesthésie.

Ce n'est pas non plus dans la quantité de chloroforme administrée qu'on trouve la raison des accidents, la mort est survenue alors que quelques gouttes seulement de chloroforme avaient été versées sur le mouchoir, d'autres fois des quantités énormes de chloroforme ont été administrées sans accidents; c'est ainsi qu'à Guy's hospital, dans un cas de tétanos, on consomma une pinte de chloroforme dans les vingt-quatre heures.

Si la mort chez l'homme anesthésié était produite par une action sur le poumon, par des phénomènes de non-oxygénation du sang, par asphyxie, l'arrêt de la respiration devrait précéder l'arrêt de la circulation. C'est le contraire qui arrive, car deux fois seulement sur 109 cas, le cœur continuait à battre alors que la respiration avait cessé. Chez les animaux, les phénomènes mortels se succèdent dans un ordre absolument inverse, et toujours le pouls a continué après que les mouvements d'inspiration avaient disparu. Ceci pourrait déjà montrer que l'expérimentation sur l'animal, si elle peut servir à étudier les phénomènes physiologiques du chloroforme, ne peut en aucune façon servir à rechercher dans quelles conditions surviennent les accidents mortels; mais la démonstration sera complète lorsque nous aurons montré que c'est par la syncope que la vie s'arrête brusquement chez l'homme anesthésié, syncope que l'on ne saurait déterminer chez les animaux mis en expérience, tandis qu'elle n'est que trop facile chez l'homme.

Pour moi, je suis absolument convaincu que la mort est déterminée par une syncope qui, se montrant sur un individu chez lequel l'anesthésie a diminué d'une notable façon la faculté de réaction, l'énergie vitale, de telle façon que cette syncope, qui dans l'état ordinaire aurait cédé facilement à l'emploi des excitants ordinaires, au décubitus horizontal, continue et se termine insensiblement par la mort. Comment cet accident se produit-il pendant que l'opéré est rendu insensible? C'est ce qu'il me faut expliquer.

Lorsqu'on observe un opéré soumis à l'anesthésie et arrivé à cette période d'insensibilité où il chante et rit pendant l'opération, on peut observer cependant que toutes les fois que le chirurgien reprend le bistouri, toutes les fois qu'au lieu d'attaquer des parties douées d'une faible sensibilité, comme les muscles ou les os, le bistouri attaque la peau ou des filets nerveux, le malade donne des signes évidents de sensibilité. L'on n'a pas affaire ici à des mouvements réflexes, car le patient crie, se plaint, prononce quelques mots ou quelques interjections qui ne laissent aucun doute sur la douleur qu'il éprouve.

Mais, lorsque le réveil survient, l'opéré ne se rappelle rien, il déclare n'avoir pas souffert et souvent il ne sait si l'opération a été

commencée, alors que soit au début, soit dans un instant de réveil pendant l'anesthésie, il a causé de son état avec son chirurgien, il a assisté parfaitement conscient à une partie de ce qui lui a été fait. Il est impossible de nier ce fait que l'on peut constater chaque jour. Ne le voyons-nous pas d'ailleurs se reproduire dans l'ivresse, alors que l'ivrogne, après un long sommeil, ne se rappelle plus ce qu'il a fait la veille?

Pour moi donc, le chloroforme, sauf dans les cas où on le donne très-exceptionnellement jusqu'à abolition de toute sensation, jusqu'à la résolution absolue, jusqu'à l'apparition du stertor, de la congestion de la face, ne supprime pas pour l'économie le choc, l'ébranlement produit par l'opération. L'homme sent, souffre, mais ne se rappelle pas avoir senti et avoir souffert. Or, si cette douleur subsiste, et on ne pourrait le nier, il est évident que cet excès de douleur peut amener une syncope; elle l'amènera d'autant plus facilement que la circulation a subi une atteinte profonde quoique momentanée; elle sera d'autant plus dangereuse que la force de réaction faisant presque complétement défaut, cette syncope, qui dans l'état de veille n'eût été qu'un incident, devient dans l'état d'anesthésie un accident mortel.

C'est par l'action toxique, désoxygénante, que le chloroforme tue l'animal; c'est par syncope que l'homme anesthésié meurt. Chez ce dernier, je l'ai déjà dit, le pouls s'arrête brusquement, avant tout arrêt ou même tout ralentissement notable de la respiration ; quelquefois cet arrêt du pouls suit quelques convulsions plus ou moins fortes, le plus souvent le malade pâlit en même temps que le pouls s'arrête.

Tout ce qui peut causer une syncope pourra donc amener la mort, que ce soit la douleur physique ou des impressions morales. C'est pour cela que l'on voit la mort survenir au début de la chloroformisation, chez les individus qui, redoutant, quelquefois sans le manifester, l'opération qui va leur être pratiquée, sont pris de syncope, et succombent.

Peut-on prévoir les causes de syncope? peut-on se garantir de cet accident? Je ne le crois pas; car si on refusait l'anesthésie aux gens pusillanimes, on serait exposé à annihiler les bienfaits d'une pratique qui a surtout en vue les individus d'une faible énergie.

La mort survenant par syncope, on a été amené à penser que les maladies du cœur devaient être une raison de s'abstenir de la chloroformisation. Ici les faits ne sont pas en rapport avec une présomption, acceptée par presque tous comme une réalité, et surtout il n'est guère possible de constater durant la vie des lésions de nutrition pouvant avoir quelque influence sur l'issue de la chloroformisation. Les lésions valvulaires sont considérées comme une contre-indication

formelle, et ici du moins des symptômes fournis par l'auscultation peuvent mettre en garde contre une administration imprudente des anesthésiques; mais, dans deux cas de mort seulement, on a trouvé coexistante une maladie, une altération des valvules cardiaques. Le tableau suivant, que j'emprunte à Sansom, montre quels furent les désordres trouvés du côté du cœur, dans 56 cas où l'autopsie a pu être faite :

Substance du cœur, pâle, molle, etc.........	14
Cœur chargé de graisse à l'extérieur........	1
Dégénérescence graisseuse du cœur.........	18
Lésions valvulaires........................	2
Cœur normal.............................	21
	56

Que le cœur soit flasque après la mort par chloroforme, rien de plus facile à comprendre; mais il y a là un effet au moins autant qu'une cause. La dégénérescence graisseuse du cœur semble avoir une grande importance, mais par quels symptômes la deviner du vivant du malade?

Ce que je dis du cœur, je puis le dire du poumon. Un soldat, dont l'histoire est rapportée dans les *Medico-Chirurgical Transactions* (octobre 1858), mourut après quelques contractions musculaires violentes et une violente expiration. Les poumons furent trouvés dans un état de congestion considérable, mais il existait des tubercules miliaires. On ne trouve aucun autre cas parmi les faits suivis de mort, et sans aller jusqu'à soutenir, avec quelques-uns de nos collègues d'Angleterre, que la phthisie, la bronchite et l'emphysème ne contre-indiquent pas l'emploi du chloroforme, cependant je crois qu'il ne faut pas exagérer le danger de ces lésions lorsqu'on discute l'opportunité de la chloroformisation.

En résumé, rien jusqu'à présent ne peut nous mettre complétement à l'abri des accidents anesthésiques mortels. Nous savons qu'il ne faut pas endormir un malade autrement que dans le décubitus horizontal; nous savons qu'il faut nous arrêter lorsque la face devient vultueuse, lorsque la respiration devient rare et difficile; mais ce n'est pas l'état de la respiration qui peut nous indiquer le danger principal. Ce danger, c'est la syncope, et le péril se montre aussi grave que soudain et imprévu.

Que faut-il faire lorsque cette syncope est survenue, lorsque le cœur a cessé de battre et que la respiration va bientôt s'arrêter? Il faut, dit M. Perrin, recourir à la respiration artificielle, c'est le meil-

leur, c'est presque pour lui le seul moyen. Cependant, M. Perrin n'admet pas la possibilité de l'asphyxie chloroformique, et cependant il cite des expériences où la vie a reparu, où le cœur a recommencé à battre, bien qu'on eût fait pénétrer dans les poumons de l'animal des gaz irrespirables, comme l'azote ou l'hydrogène. Quant au mode d'action de la respiration artificielle, M. Perrin ne paraît pas s'en préoccuper. Je crois que la mort, chez l'homme chloroformé, survient par syncope, je crois à l'efficacité de la respiration artificielle, mais je la comprends d'une tout autre manière, que je vous demande la permission d'exposer brièvement.

La distension des cellules pulmonaires par un gaz irrespirable, chez un individu ou un animal endormi et dont le cœur a cessé de battre, a une importance capitale sur le réveil de l'action du cœur. On insuffle dans le poumon un gaz quelconque, on dilate les cellules pulmonaires; que se passe-t-il? Le sang qui remplit les vaisseaux sanguins du poumon, soumis à une pression notablement ou énergiquement augmentée, reflue là où la pression est moindre; le sang artérialisé reflue par les veines pulmonaires, et du sang nouveau pénètre dans les cavités gauches. Or, ne le savons-nous pas, et de nombreuses expériences ne l'ont-elles pas montré depuis Haller? Le sang est l'excitant du cœur, et quoique faiblement artérialisé, ce sang nouveau, qui s'introduit dans les cavités gauches, qui distend momentanément le cœur, qui refoule dans l'aorte le sang qui stagnait dans le ventricule, est comme la main qui, imprimant un léger mouvement au volant d'une machine, remet en activité tout le mécanisme. L'individu était en état de syncope; l'affaiblissement nerveux, déterminé par les anesthésiques, avait tué toute réaction vitale suffisante; la circulation s'était arrêtée pour toujours peut-être; la distension du poumon, en refoulant du sang dans le cœur, vient directement réveiller l'action de cet organe; le cœur bat et la vie suspendue, et l'on pourrait dire éteinte, reparaît et ranime ce cadavre.

Voilà comment agit l'insufflation artificielle, voilà pourquoi j'en suis très-partisan; mais cela ne veut pas dire qu'on n'aura recours qu'à elle et qu'on ne doit pas employer d'autres moyens tout aussi énergiques. De tous ces moyens, le plus puissant et le plus discuté est le galvanisme. M. Perrin, à l'exemple de beaucoup de chirurgiens, je dirai même de presque tous les chirurgiens, emploie le galvanisme comme moyen d'effectuer une sorte de respiration artificielle; un des réophores étant appliqué sur la région diaphragmatique et l'autre sur le trajet du nerf phrénique au cou, le courant électrique interrompu a pour effet de déterminer la contraction du diaphragme. Mais si ce mode d'application du galvanisme est accepté par beaucoup, il n'en

est plus de même de la galvanisation qu'on pourrait dire générale, de celle où les réophores sont appliqués l'un sur la région précordiale, l'autre le long du rachis. C'est ce procédé qui a été suivi sans succès dans le cas cité par M. Bouvier, et le chirurgien a été plus loin encore dans cette voie, puisqu'il a cherché à réveiller directement les contractions cardiaques, en enfonçant ou en cherchant à enfoncer des aiguilles à électropuncture dans ce viscère.

Pour M. Perrin ce moyen ne saurait être efficace, puisque, dit-il, la sensibilité est anéantie; mais la sensibilité n'a rien à faire en pareille matière; les muscles galvanisés ne se contractent pas parce que l'animal souffre; les muscles d'un membre amputé se contractent par la galvanisation, et certes là on n'invoquera pas l'intervention de la sensibilité.

Enfin au-dessus de la théorie, il y a l'expérience et les faits; or, la galvanisation a pu ramener à la vie des individus tombés dans la syncope chloroformique; je me contenterai d'en citer deux exemples.

Un jeune garçon de quatorze ans, nommé Daniel M..., fut chloroformé par M. Maurice de Royal Berks hospital à Reading, pour faciliter l'enlèvement d'un séquestre du tibia. C'était un enfant timoré, qui se débattit énergiquement avant de s'endormir; au milieu de l'opération, les battements du cœur s'arrêtèrent et la respiration ne tarda pas à devenir imperceptible. On eut recours à la respiration artificielle par la méthode de Sylvester; après deux ou trois minutes il poussa un faible gémissement; on appliqua alors le réophore d'un appareil galvanique sur la moelle allongée et l'autre sur l'épigastre. L'action du cœur se réveilla instantanément, et l'enfant se remit peu à peu.

Le second fait, que je vous demande la permission de citer, est celui d'une dame qui fut soumise à la chloroformisation le 19 mars 1863, pour une opération plastique sur le périnée. On eut de grandes peines à l'endormir et elle respirait convulsivement; l'opération ne présenta rien de particulier et était à demi terminée, lorsque le pouls s'arrêta brusquement; s'élançant à travers la chambre, le chirurgien saisit une batterie électrique, enleva l'épingle de sa cravate, l'enfonça dans le sterno-mastoïdien et appliqua sur l'épingle et sur un autre point du corps que l'observation ne spécifie pas les éponges des réophores.

L'effet, dit-il, fut magnifique et comme magique ; une demi-minute auparavant on était en face d'un cadavre, tandis que chaque établissement ou interruption du courant amenait un soupir. Peu à peu le pouls et la respiration se rétablirent.

Sans doute, dans ce cas, le courant fut appliqué dans la région du nerf phrénique, mais ce n'est pas à la contraction du diaphragme

qu'est dû le succès, car il fut immédiat, et l'on peut dire que c'est primitivement que le cœur a recouvré son action.

Il faut donc, messieurs, reconnaître aujourd'hui que l'insufflation pulmonaire, que la respiration artificielle n'agit point chez l'anesthésié en état de mort apparente comme chez le noyé ou le pendu. C'est en envoyant au cœur l'excitant naturel, le sang, qui réveille son action, qu'agit la respiration artificielle ; elle agit et elle a ressuscité les malades de Ricord, de Snow, de Fergusson, de Demarquay, etc. Il faut donc y avoir recours ; mais ce sur quoi je crois devoir insister, c'est qu'il faut dans ces circonstances recourir simultanément à la galvanisation de la moelle et de la région précordiale, et que la prudence exige que le chirurgien qui anesthésie un malade ait sous la main un appareil galvanique d'une puissance suffisante.

M. BOUVIER. Je ferai une courte réplique aux remarques que l'on a présentées à l'occasion de ma lecture.

1° On a blâmé l'expression *d'asphyxie par le chloroforme*, employée par M. le docteur Friedberg. Je me bornerai à dire que cette expression n'implique pas l'idée que les accidents du chloroforme soient le résultat d'une asphyxie simple. On sait, en Allemagne comme en France, que les causes de la mort sont alors complexes. Ne dit-on pas aussi asphyxie par le charbon, par les fosses d'aisances, quoique le gaz oxyde de carbone, le gaz acide hydro-sulfurique, exercent certainement une action différente de la simple asphyxie ?

2° M. Maurice Perrin a dit que le cas mortel de M. Hüter, sur un enfant de quatre ans, ne devait rien changer aux principes admis touchant les effets du chloroforme chez les enfants. Ce fait modifie du moins certaines conclusions que l'on a déduites de la statistique des morts connues. Ainsi, en 1863, MM. Maurice Perrin et Ludger Lallemand, dans leur excellent *Traité d'anesthésie*, M. Sansom, dans une série d'articles publiés la même année dans le *Medical Times*, ont attribué à l'enfance une immunité qui n'existe pas chez l'adulte relativement à la mort par le chloroforme. Ils se fondent sur le relevé qu'ils ont fait de l'âge des sujets tués par l'agent anesthésique.

Il faut d'abord prévenir ici une équivoque. L'immunité dont on parle n'appartiendrait qu'à la première enfance ; MM. Maurice Perrin et Lallemand l'ont eux-mêmes bien indiqué dans quelques passages, quoiqu'ils aient omis de le faire aussi explicitement dans d'autres. Leur relevé de 77 cas de mort comprend 1 enfant de sept ans, 3 de huit ans, 1 de neuf, 1 de onze, 2 de treize ans. Il n'y a pas de sujet plus jeune, et si l'on écarte le cas de M. Crocket, relatif à un enfant de cinq ans, parce que la cause de la mort n'y est pas bien certaine,

ce serait pour les enfants au-dessous de sept ans que la statistique de 1863 établirait l'immunité du premier âge.

Or, le fait de M. Hüter vient évidement abaisser encore cette limite, et aujourd'hui ce n'est plus qu'au-dessous de quatre ans que l'on pourra dire que l'enfance s'est montrée, *d'après les cas connus*, indemne de la mort par le chloroforme.

Au surplus, cette période de quelques années après la naissance, sans exemple d'accident mortel par le chloroforme, n'a peut-être pas toute la signification qu'on lui a prêtée. En rangeant par ordre d'âge les sujets des observations réunies par MM. Maur. Perrin et Lallemand, on trouve de semblables périodes sans cas de mort, et on ne peut assurément les attribuer qu'au hasard dans une statistique heureusement insuffisante quant au nombre de ses éléments. Il faudrait au moins, pour donner quelque rigueur à ces déductions, connaître le nombre proportionnel des éthérisations pratiquées chez l'enfant et chez l'adulte, et c'est ce qu'il est impossible de savoir.

3° Pour ce qui est des causes des deux accidents que j'ai rapportés, je ne saurais admettre l'explication qui en a eté donnée par mon excellent collègue et ami M. Chassaignac.

L'état des forces, dans le cas de M. Hüter, était le même que chez la plupart des sujets chloroformés sans accident, plus ou moins affaiblis par des maladies ou des souffrances antérieures. M. Sansom va jusqu'à poser en principe, d'après son relevé statistique, que cette débilité relative est une condition des plus favorables pour bien supporter l'anesthésie. Sans adopter cette opinion, je crois que, hors le cas d'épuisement extrême, la proposition contraire ne serait pas plus facile à justifier.

Le déplacement des malades, une fois endormis, n'est certainement pas exempt d'inconvénients; mais je ne puis voir une cause de mort dans le changement de position de cet enfant de quatre ans, qu'on a ôté de la chaise pour le coucher sur un lit à quelques pas de là. Je n'accorde pas plus d'influence au léger soulèvement de la tête opéré par le chirurgien pour faciliter l'introduction du doigt dans le pharynx.

Je suis tout à fait d'accord avec M. Chassaignac sur la nécessité de ne pas perdre de vue un instant les sujets que l'on chloroforme; mais le reproche qu'il adresse à M. Friedberg de s'être détourné de l'enfant près de deux minutes, me paraît reposer sur un malentendu. D'après le texte de l'observation, M. Friedberg n'aurait pas administré lui-même le chloroforme, et dès lors il n'a pas agi autrement que ne le font journellement tous les chirurgiens, obligés, par l'attention que réclame le manuel opératoire, de s'en remettre en partie à

une autre personne pour la surveillance des effets de l'anesthésie.

4° Quant aux moyens opposés par les auteurs des deux observations, aux accidents formidables qu'ils avaient à combattre, je constate avec satisfaction qu'ils ont été conformes aux vues de la plupart des membres de la Société qui ont pris la parole.

Le principal de ces moyens, placé aussi en première ligne dans la discussion, a été la respiration artificielle. On a demandé pourquoi les deux médecins allemands n'ont pas employé l'insufflation bouche à bouche. La réponse à cette question se trouve dans la critique que MM. Chassaignac et Perrin ont faite de ce procédé. Elle se trouve aussi dans le passage suivant de M. Friedberg, que j'avais omis : « Je ne m'arrêtai pas, dit-il, à l'insufflation de l'air par la bouche, car ce procédé est toujours incertain, parce qu'on ne peut pas savoir si tout l'air insufflé ne passe pas dans l'estomac. »

Dans les réflexions dont il a fait suivre son observation, M. Friedberg a également répondu d'avance aux doutes de M. Chassaignac, sur l'utilité de la faradisation du nerf phrénique chez l'enfant rappelé à la vie par notre confrère de Berlin. La part que ce moyen a eue à la guérison lui paraît démontrée par le soulèvement de la région épigastrique et l'inspiration analogue au hoquet, qui mirent hors de doute la contraction du diaphragme réveillée par le courant d'induction. Aussi la respiration s'est-elle rétablie avant la circulation, tandis que c'est généralement le contraire en pareil cas. Ce succès de la faradisation entre les mains de M. Friedberg a d'ailleurs déjà cours dans la science, et notre collègue, M. Giraldès, dans son savant article sur les *agents anesthésiques (Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.)*, n'a pas manqué de le rappeler comme un fait désormais acquis.

De nombreuses expériences sur les animaux, faites en commun par la commission de la Société médicale d'émulation et par M. Duchenne (de Boulogne), avaient, dès 1855, montré la puissance de la faradisation du nerf phrénique dans la mort apparente causée par le chloroforme ; mais on ne possédait pas encore d'exemple de son efficacité chez l'homme.

Au reste, M. Friedberg ne veut pas qu'on s'en rapporte uniquement à ce moyen ; il recommande de lui associer les pressions abdominales ; il reconnaît l'utilité de l'insufflation pulmonaire, surtout si l'on n'a pas sous la main un appareil faradique ou si l'on n'est pas assez exercé à s'en servir. Il donnait déjà, en 1858, à la suite de son observation, les utiles préceptes relatifs à l'insufflation laryngienne, sur lesquels M. Perrin a justement insisté, et que la commission de la Société d'émulation avait mis en relief dès 1855.

La trachéotomie, pratiquée par M. Hüter, a été attaquée dans la discussion. Son but et son indication ont été nettement posés dans les écrits les plus récents, dans le *Traité* de MM. Perrin et Lallemand en particulier. M. Friedberg n'a pas négligé d'en fixer l'emploi dans son mémoire de 1858. Il le restreint, comme les praticiens de notre pays, aux cas où l'on ne peut parvenir à introduire la canule laryngienne. Ce n'est donc pas comme remède direct des accidents du chloroforme que l'on conseille cette opération, c'est simplement pour rendre l'insufflation pulmonaire plus facile et plus efficace; c'est aussi dans cette intention que M. Hüter y a eu recours.

M. MAURICE PERRIN. La question qui vient d'être agitée par notre collègue M. Le Fort est tellement grave qu'elle me paraît mériter encore toute notre attention, malgré les nombreuses discussions auxquelles elle a déjà donné lieu. Il s'agit de la nature des accidents observés pendant l'administration des anesthésiques et du meilleur mode de traitement à y opposer.

J'ai entendu avec le plus grand plaisir notre collègue déclarer que, le plus souvent, la mort par le chloroforme était due à une syncope. Je crois pouvoir aller plus loin et ajouter qu'il n'est pas en fait un accident qui ne trouve sa justification la plus simple, la plus complète dans l'apparition de cette syncope accidentelle, empruntant sa gravité aux conditions exceptionnelles dans lesquelles elle se produit. Je développerai les motifs sur lesquels se fonde cette proposition, si l'occasion m'en est offerte.

Pour le moment, fidèle au rôle que je me suis tracé dans cette discussion, je me bornerai à suivre M. Le Fort sur le terrain où il s'est placé, et à démontrer combien est peu fondée l'hypothèse de la mort subite par asphyxie pendant l'anesthésie.

Notre collègue m'a paru admettre, en outre de la syncope, deux autres genres de mort subite rationnellement déduits du mode d'action qu'il attribue aux anesthésiques.

Suivant l'opinion de M. Le Fort, si toutefois je l'ai bien comprise, ceux-ci en impreigneraient l'organisme à la fois à la façon des alcooliques et des agents asphyxiants. Pour beaucoup de médecins, l'expression d'asphyxie s'applique à tout, comme le faisait tout à l'heure très-judicieusement observer M. Bouvier, aussi bien par conséquent à l'intoxication alcoolique qu'aux autres genres de mort subite. M. Le Fort n'a eu garde de tomber dans cette confusion de langage, puisqu'il a pris soin de spécifier d'une façon distincte et l'action des *alcooliques,* et l'action des *asphyxiants*. Mais alors l'esprit saisit mal comment les mêmes substances, administrées de la même façon et aux mêmes espèces, peuvent produire des effets tout

différents. Ceci serait radicalement contraire à ce que l'on connaît de l'action des médicaments et des poisons. Toujours les effets sont de même ordre, de même nature, soit qu'ils s'exercent sur le sang, soit qu'ils s'exercent sur le système nerveux. Il est clair qu'il ne s'agit ici que des effets principaux, j'allais dire nécessaires, dégagés de tout phénomène contingent ou accessoire qui peut résulter d'une mauvaise administration. Dès lors la proposition de M. Le Fort ne me paraît acceptable, comme base de discussion, qu'avec la modification suivante : les anesthésiques agissent ou bien à la façon des alcooliques, ou bien à la façon des asphyxiants. C'est l'un ou l'autre, mais ce n'est pas, ce ne peut pas être l'un et l'autre.

Notre collègue m'a paru s'attacher surtout à faire revivre une doctrine que je croyais ruinée depuis longtemps, surtout dans le sein de cette Société ; je veux parler de l'asphyxie comme suprême raison d'être des phénomènes réguliers normaux de l'anesthésie progressive.

Pour lui, les anesthésiques introduits dans le système circulatoire agissent sur le globule sanguin de façon à empêcher son oxygénation, et partant à susprendre l'hématose. D'où état asphyxique avec son cortége de symptômes, et en particulier ses effets anesthésiques.

Messieurs, je ne cesserai de le redire, cette hypothèse n'a aucune espèce de fondement. Elle est contraire à l'observation; elle n'a même pas pour elle l'appui d'une présomption théorique quelconque.

Avant de le démontrer, permettez-moi de bien préciser encore ce que je veux entendre par asphyxie.

Si cette dénomination, qui est redevenue la fosse commune de la nosologie, s'entend dans son acception antique, et s'applique à tout état caractérisé par l'absence du pouls ; si elle convient également à la mort subite par le chaud, par le froid, par le charbon, par la foudre, par les différents gaz toxiques, etc., oh ! j'accorde volontiers qu'elle convienne, au même titre, aux effets toxiques des anesthésiques. Une énigme de plus dans la collection ne nuira guère à la clarté du langage ! Mais qui n'a déjà senti qu'une expression qui peut s'appliquer à tout à peu près indistinctement, n'a plus de signification ni de valeur ?

Il faut la supprimer comme un mot sans idée.

La véritable, la seule asphyxie est l'asphyxie que je voudrais pouvoir appeler physiologique, celle qui a été caractérisée d'abord par Bichat et qui correspond à la désoxygénation du sang à la suite soit de la suspension des actes mécaniques de la respiration, soit d'inhalations dans un milieu privé d'oxygène ou surchargé d'acide carbonique. Au point de vue de ses causes, ce genre de mort subite est bien net, bien précis; il ne l'est pas moins dans ses effets apparents

sur le sang, dans les troubles fonctionnels qu'il suscite. Le sang coule noir dans le système capillaire, dans les artères, dans le cœur gauche, et, sous son influence, le fonctionnement des grands appareils simultanément frappés s'affaiblit progressivement, résiste en raison de son importance jusqu'à ce que la vie s'arrête sans espoir de retour au dernier battement du cœur. Je ne dis rien des signes nécroscopiques, car c'est ici que s'ouvre le champ des illusions et des erreurs.

L'asphyxie ne laisse après elle aucun signe positif qui permette de la reconnaître : l'état du sang surtout devient un guide fort infidèle à cause des phénomènes d'oxydation intra-vasculaires qui se continuent après la mort.

Quoi qu'il en soit, l'asphyxie reste encore un état suffisamment bien défini pour ne pas donner le change à l'observateur. En face d'une mort subite, je croirai à de l'asphyxie lorsque j'en découvrirai les caractères. S'ils n'existent pas, je serai peut-être embarrassé pour donner un nom à l'accident, mais du moins je saurai que ce n'est pas de l'asphyxie.

Et de même si j'entends dans une quesion quelconque affirmer l'asphyxie, j'aurai le droit et le devoir d'exiger, avant d'y croire, qu'on me la démontre par quelque caractère sérieux.

Messieurs, cette digression dans le champ de la pathologie générale vous paraît peut-être ici bien déplacée. Mais je dois le dire, la question de doctrine est celle qui me préoccupe le moins : je vois derrière elle et au-dessus d'elle une question de responsabilité médicale qui réclame toute notre attention. Je dirai tout à l'heure comment.

La première raison que M. Le Fort a fait valoir en faveur de l'asphyxie est empruntée à des expériences déjà anciennes et relatives à l'action directe des substances anesthésiques mises à l'état liquide en contact avec le sang. Dans ces conditions, le globule sanguin se contracte, se ride, se déforme, perd une partie de son liquide constitutif et devient éminemment impropre à l'hématose. Je récuse toute valeur à des expériences ainsi instituées. Il n'y a aucune parité à établir entre les effets obtenus par des vapeurs introduites dans le sang vivant par l'absorption pulmonaire, et les effets physico-chimiques obtenus directement dans une éprouvette par le mélange artificiel du sang et des anesthésiques à l'état liquide. Sous cette forme, ces agents possèdent, comme on le sait, un pouvoir coagulant très-énergique qui n'a rien de commun avec leur activité toxique; celle-ci leur est spéciale. L'autre est commune à la plupart des agents chimiques. Aussi, au lieu de recourir à cette expérience grossière qui consiste à mélanger directement dans un vase du sang avec de l'éther

ou du chloroforme liquides, si on examine le sang d'animaux profondément anesthésiés, on ne retrouve plus aucune trace du passage ou du séjour de l'agent stupéfiant.

Bien des fois ces recherches ont été faites tant en France qu'à l'étranger : toujours, à l'analyse chimique, au microscope, on reconnut que le sang n'avait subi aucune modification constitutive de quelque ordre que ce soit.

Il est vrai que tout récemment des expériences analogues à celles qui ont été invoquées par M. Le Fort viennent d'être faites par M. L. Hermann dans de meilleures conditions. Je crois devoir en faire mention parce que, selon toute prévision, elles ont échappé aux investigations de notre collègue. Je tiens d'ailleurs à montrer que je n'ai dans cette question aucun parti pris. M. L. Hermann, au lieu d'employer des liquides coagulants, fit des mélanges de sang et de vapeurs anesthésiques qu'il maintint à l'étude durant un certain temps. Sous l'action de ces vapeurs il constata d'abord une déformation des globules, puis un gonflement de ces corpuscules qu'il attribua à une véritable dissolution d'un de leurs principes constitutifs. Ce principe lui paraît identique avec celui qui a été découvert l'année dernière dans le tissu nerveux par M. Liebrich et décrit par lui sous le nom de *Protagon*. Je me réserve d'étudier ce point de vue nouveau ; mais, jusqu'à meilleure information, je me crois autorisé à répudier des expériences qui pèchent encore par la base, puisqu'elles se placent en dehors des conditions du problème qu'elles veulent résoudre. Sans doute M. Hermann, en substituant les vapeurs à leur liquide générateur, a réalisé un progrès; mais que d'inconnues encore invalident ses résultats ! Encore un coup, pour se prononcer, il faut tout d'abord opérer sur le sang soustrait pendant l'état anesthésique.

A l'appui de sa thèse, M. Le Fort a fait valoir un autre argument qui, pour moi, n'a d'autre valeur que l'appui de sa parole sympathique. Les anesthésiques, a-t-il dit, sont des agents anesthésiques parce que ce sont des substances carbonées. J'avoue que ma raison s'est toujours refusée à comprendre par quelle singulière filiation d'idées on pouvait être amené à conclure qu'un principe était anesthésique parce qu'il était riche en carbone ! Mais toutes les matières organiques sont riches en carbone. Mais à ce titre, le sucre, les graisses, l'amidon, seraient des récipients anesthésiques parce qu'ils renferment beaucoup de carbone. J'accorde même qu'il entrait dans la pensée de M. Le Fort, bien qu'il ne l'ait pas dit, de ne parler que des substances volatiles. L'hypothèse n'est pas même fondée. En veut-on un exemple? Dans la même série chimique, l'alcool, l'éther sont des anesthésiques; l'acide acétique, qui est plus riche en carbone, ne l'est

pas! Le degré de volatilité ne vaut pas mieux, puisque l'éther, substance plus volatile que le chloroforme, est un agent beaucoup moins énergique.

D'autre part, si les substances anesthésiques doivent au carbone qu'elles renferment leurs vertus spéciales, elles seront d'autant plus énergiques qu'elles en renfermeront davantage. Il n'en est rien. L'éther, qui a pour formule $C^4 H^5 O$, est plus riche en carbone que le chloroforme, qui a pour formule $C^2 H Cl^3$. Et pourtant le premier est beaucoup moins énergique que le second. J'en ai assez dit pour montrer qu'une semblable hypothèse ne supporte un examen un peu attentif par aucun de ses points.

Dans les faits, la clinique ne condamnait pas moins cette doctrine de l'asphyxie. Ici je n'ai qu'à faire appel à vos souvenirs; n'avons-nous pas tous constaté, soit pendant les opérations chirurgicales, soit pendant des expériences physiologiques, qu'au moment où les fonctions du système nerveux sont abolies le sang coule rouge dans les artères? La couleur, comme l'analyse, du reste, témoigne qu'il n'est point désoxygéné. Dès lors, rattacher l'anesthésie à de l'asphyxie, c'est admettre un effet sans cause. Ce qui a contribué surtout à établir cette choquante synonymie contre laquelle je m'élève, c'est que les agents asphyxiants rendent insensibles : comme si la plupart des poisons n'en faisaient pas autant? Eh bien, même à ce dernier point de vue, le confirmer entre les asphyxiants et les anesthésiques n'est pas encore possible.

Plongez deux animaux de même race, de même force, dans un état de mort apparente; l'un avec du chloroforme, l'autre avec de l'acide carbonique. De part et d'autre il ne reste plus pour toute manifestation vitale que quelques frémissements du cœur.

Mettez la moelle à nu chez l'animal asphyxié, les irritants mécaniques provoqueront encore d'énergiques contractions; l'innervation déprimée sous l'action du sang noir vit encore dans les centres. Chez l'animal chloroformisé on pourra piquer, couper, broyer la moelle sans obtenir la moindre réaction : le poison a aboli tout pouvoir excito-moteur. Comme vous le voyez, messieurs, de quelque côté que l'on envisage cette importante question, on arrive toujours à conclure qu'il n'existe aucune parité d'action entre les agents asphyxiants et les poisons anesthésiques.

Ceux-ci, en effet, quels qu'ils soient, qu'il s'agisse de l'alcool, de l'éther, du chloroforme, etc., exercent une action directe, primitive, sur le système nerveux dont ils pervertissent, puis abolissent progressivement les fonctions.

Si, à la période ultime de leurs effets, au moment où s'épuise la

vie organique, on observe quelques symptômes d'asphyxie, ceux-ci ne témoignent que de l'état d'impuissance dans lequel sont plongés tous les reports de la vie végétative. C'est l'asphyxie de l'agonie.

J'espère avoir démontré que les phénomènes réguliers, habituels, normaux de l'anesthésie ne dépendent pas d'un état asphyxique du sang. Je suis dès lors fondé à n'admettre l'asphyxie accidentelle au nombre des causes de mort subite pendant l'anesthésie, qu'autant qu'elle m'aura été démontrée par l'état du sang ou par la privation d'air respirable. C'est ici, messieurs, que la logique des faits conduit irrésistiblement à engager la responsabilité de l'opérateur.

Pour priver le patient d'air respirable au point d'amener la mort par asphyxie avec un corps poreux, comme une éponge ou une compresse avec un liquide qui fournit, au maximum, comme je l'ai démontré ailleurs, 12 à 15 p. 100 de vapeurs, il faut l'oubli de toute règle, il faut, j'allais dire, la volonté de le faire, surtout avec le court espace de temps qui se passe le plus souvent depuis le début des inhalations jusqu'à la mort.

N'en voit-on pas la preuve dans ce que l'on observe pendant l'administration de l'éther ? Ici le liquide est plus volatil et, par conséquent, les vapeurs sont plus abondantes; ici on se sert d'un appareil imperméable à air confiné dont on coiffe la tête du patient; on poursuit longtemps l'anesthésie, c'est-à-dire qu'on se place volontairement dans les meilleures conditions pour amener l'asphyxie. Et pourtant vous savez qu'il n'en résulte aucun accident d'asphyxie; malgré l'insouciante hardiesse avec laquelle on procède, les accidents sont encore très-rares et même contestés, à tort, je le crois, par quelques opérateurs.

Vous voyez, messieurs, combien la question devient sérieuse au point de vue de la responsabilité médicale. Aussi n'est-ce pas sans une véritable émotion que, dans un article qui aurait dû faire autorité en raison de la position officielle de son auteur, j'ai lu tout récemment que l'asphyxie est la cause la plus fréquente de la mort.

Et cette grave objection n'est motivée par aucune critique, par aucun examen des faits; elle repose tout entière sur une médiocre statistique allemande! Heureusement encore que le sévère médecin légiste veut bien accorder les circonstances atténuantes en déclarant dans une des phrases suivantes, que l'asphyxie n'implique pas nécessairement une maladresse ni une imprudence.

Pour ma part, je n'accepte pas ces subterfuges. Je prends d'avance toute la responsabilité des cas de mort par asphyxie réelle qui pourront se présenter dans ma pratique, sans le bénéfice même de quelque complaisant spasme de la glotte, mais à une condition : c'est que le

diagnostic sera judicieusement posé et reposera sur d'autres bases que la constatation d'une banale congestion pulmonaire à laquelle le même auteur semble, en pareille matière, attacher une grande importance.

A l'égard du traitement à intervenir, M. Le Fort attache une grande importance à l'électricité employée comme excitant général. Dans le but de ranimer les fonctions du cœur, sans enlever toute valeur à cet agent énergique, de quelque façon qu'on veuille l'employer, j'estime que, pour la simplicité, l'énergie et la régularité de son action, rien ne saurait être comparé, comme je l'ai déjà dit, à la respiration artificielle pratiquée rapidement, obstinément, à l'aide d'une sonde trachéale et d'un soufflet. Quelle que soit la façon dont on interprète son action directe, elle représente le moyen le plus sûr de réveiller les battements du cœur, de la même façon que tout arrêt brusque et un peu prolongé des mouvements respiratoires constitue un péril pour la circulation. C'est ainsi que s'affirme partout l'étroite et inséparable solidarité qui règne entre ces deux grands appareils.

Je ne voudrais pas terminer sans remercier M. Bouvier des termes flatteurs par lesquels il a bien voulu apprécier mon livre sur l'anesthésie. D'ailleurs, je trouve ainsi l'occasion de donner un mot de commentaires au sujet d'une proposition qui ne lui a pas paru suffisamment explicite. J'ai dit, ce qui d'ailleurs n'est pas contesté, que les enfants jouissaient d'une véritable immunité à l'égard des accidents graves de l'anesthésie. Je n'ai pas spécifié jusqu'à quel âge, comme l'aurait désiré notre collègue. Je ne l'ai pas fait parce qu'il est bien difficile d'être rigoureux en pareille matière sans cesser d'être vrai. Je croyais d'ailleurs avoir été suffisamment explicite pour un autre motif.

J'ai longuement étudié dans mon travail les conditions physiologiques et psychologiques de la syncope. Je suis arrivé à cette conclusion qu'elle est spéciale à l'homme et qu'elle fait son apparition dans la vie humaine en même temps que l'intelligence ; dès lors l'immunité enfantine se limite naturellement à l'époque à laquelle l'enfant commence à devenir raisonnable.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Exostose ostéo-cartilagineuse de l'extrémité inférieure du péroné.

M. BROCA présente, au nom de M. A. Guérin et au sien, une pièce anatomique à propos de laquelle il donne les renseignements suivants.

L'origine de la tumeur remonte à plus de quatorze années. Le sujet

que nous avons opéré a trente ans, et il n'en avait pas encore seize lorsque la tumeur a été découverte. Elle siégeait sur l'extrémité inférieure du péroné, qui, on le sait, ne se soude pas avant l'âge de seize ans. Le malade, qui a étudié la médecine, s'est observé avec soin. Longtemps la tumeur est restée localisée dans la région malléolaire externe. Son accroissement n'a été rapide que depuis deux années; c'est dans ces derniers temps seulement que la peau s'est ulcérée et que la tumeur s'est cariée au niveau des points ulcérés. Le diagnostic exostose ne fut douteux pour personne; mais nous avions espéré que la tumeur recouvrait la partie antérieure de l'articulation et du tibia sans les avoir envahis, et que la résection était encore possible. Nous commençâmes l'opération dans cette prévision, décidés cependant à amputer s'il le fallait. Le malade était prévenu, et c'est, en définitive, à l'amputation qu'il a fallu recourir.

La tumeur a le volume du poing; elle est inégale, mais partout dure à la surface. La coupe verticale faite pendant l'opération permet de s'assurer que l'articulation est saine, que le péroné et le tibia sont restés indépendants, quoique englobés dans la même masse morbide. Ce qui a décidé à amputer, c'est que le tibia lui-même était envahi.

La tumeur présente plusieurs cloisons cartilagineuses, et n'est cependant pas un enchondrôme. Le tissu cartilagineux est particulièrement abondant à sa partie inférieure. C'est en effet vers ce point de la tumeur que s'est prononcé surtout le développement rapide des deux dernières années. On trouve dans cette partie de la tumeur des noyaux ostéo-cartilagineux indépendants; l'un d'eux fait même saillie dans l'intérieur de l'articulation, sans y avoir cependant pénétré. La structure de ces noyaux isolés et leur mode de formation rappellent celui des corps étrangers articulaires. L'examen microscopique démontre que le tissu de la tumeur présente, dans ses parties osseuses et cartilagineuses, la structure du tissu osseux en voie d'évolution dans les extrémités osseuses, tissu décrit par M. Broca sous les noms de tissu spongoïde et chondroïde.

Cette tumeur présente une grande analogie avec celles qui ont été étudiées par M. Broca, sous le titre d'exostoses de croissance. Elle offre, comme celles qu'il a présentées à la Société, cette particularité d'être ostéo-cartilagineuse. Née de la malléole péronière alors qu'elle n'était pas encore soudée au corps de l'os, elle y est restée longtemps attachée. Son développement pathologique, si l'on peut ainsi dire, ne s'étant surtout prononcé que dans les deux dernières années, on ne s'est décidé à l'opération qu'à une époque où l'envahissement du tibia obligeait à amputer la jambe. Il est à présumer que le tibia n'a été que secondairement envahi, alors que la tumeur est venue à

son contact. Au point de vue pratique, il est donc permis de conclure qu'une opération faite il y a quelques années aurait pu assurer la guérison au prix d'une simple résection de la malléole externe.

M. LARREY a communiqué autrefois à la Société un fait qui peut être rapproché sous certains rapports de celui de M. Broca. Il s'agissait d'une tumeur à myeloplaxes, dont M. Eugène Nélaton a rapporté l'observation dans sa thèse. Elle avait pris naissance sur l'extrémité inférieure du radius. Elle remontait à l'enfance, n'avait pris un développement rapide que pendant l'adolescence. En commençant l'opération, M. Larrey espérait aussi s'en tenir à la résection. Il fallut amputer l'avant-bras.

Fractures multiples de l'omoplate, de la clavicule, de l'humérus droits, avec luxation de l'épaule et pseudarthrose du corps de l'humérus.

M. LABORIE présente à la Société des pièces anatomiques montrant les lésions multiples dont la description a été faite dans l'observation suivante par M. Dionis du Séjour, interne à l'Asile impérial de Vincennes.

Au mois de décembre 1852, il y a quatorze ans, le nommé R..., ouvrier mécanicien, voulut replacer sur la gorge de sa poulie une courroie de transmission qui s'était dérangée. Pour exécuter ce travail il eut l'imprudence de monter à une échelle appuyée au bâti de la machine sans que celle-ci fût arrêtée. La manche droite de sa chemise fut saisie par une roue dentée, et il se trouva violemment attiré vers les engrenages. Avant qu'on eût pu venir à son aide, toute la puissance de la machine s'était appesantie sur l'épaule et le bras droit et y avait produit d'affreux désordres, consistant en fractures de la clavicule, de l'omoplate, du corps de l'humérus, et en une luxation en arrière de la tête humérale, le long de l'épine de l'omoplate.

Si les renseignements que cet homme nous donna sont exacts, au bout de trois mois les fractures de l'omoplate et de la clavicule se seraient consolidées. Quant à celle de l'humérus, elle offrait exactement la même mobilité qu'au jour de l'accident. Il suffit, pour expliquer la non-réunion des fragments, de rappeler combien il devait être difficile d'appliquer au bras un appareil de contention efficace. Est-ce à cette cause ou bien à l'interposition de masses musculaires entre les fragments, ou bien encore à la diathèse tuberculeuse qu'il faut imputer le défaut de consolidation de l'humérus? Nous ne savons

qu'en dire. En vain avait-on recours aux vésicatoires volants, aux sétons, aux aiguilles, à la résection même.

L'emploi de tous les moyens chirurgicaux connus n'avait pu déterminer le travail préparatoire du cal, et cet homme, au bout de neuf mois de séjour à l'hôpital, avait pris le parti de ne pas attendre davantage et de retourner à ses travaux en portant autour du bras une sorte de cuirasse qui lui permît autant que cela lui était possible l'usage du membre.

Quatorze années se sont écoulées depuis l'accident qui a si cruellement mutilé cet homme ; mais le temps n'a point amélioré ses infirmités. La consolidation de l'épaule s'est, il est vrai, assurée. Néanmoins cette épaule n'a rien gagné sous le rapport de la mobilité, car les luxations dont elle est le siége se sont définitivement établies.

Quant au bras, les deux fragments n'en sont unis qu'au moyen d'une pseudarthrose. Cette fausse articulation est située au milieu du corps de l'humérus. Il y a en ce point un étranglement entre les deux fragments, étranglement au niveau duquel le malade peut imprimer aux parties molles un mouvement de torsion en pas de vis. Tout le membre est amaigri et a subi un commencement d'atrophie.

L'épaule n'a plus que des mouvements d'adduction très-légers. Les mouvements d'adduction, d'avant en arrière et d'arrière en avant, sont presque complétement abolis.

Le malade ne peut faire usage de son bras qu'autant que les fragments sont soutenus par la cuirasse dont nous avons parlé. La seule chose qu'il puisse faire est de prendre un objet de la main gauche, un verre, un livre, et de le placer dans la main droite, dont les muscles fonctionnent encore. L'objet est-il un peu lourd, comme une chaise, cet homme l'accroche de la main droite et le porte au bout du bras pendant.

Voilà les seuls services à attendre d'un bras si mutilé. Si précaires qu'ils soient, on ne s'étonnera pas que cet homme ait repoussé l'idée de les étendre par une intervention chirurgicale. Nulle opération d'ailleurs n'eût pu être tentée avec succès, chez un individu si complétement parvenu au terme de la cachexie tuberculeuse, qu'entré à l'Asile impérial de Vincennes, le 29 avril, il y périssait le 26 mai.

Les désordres si nombreux que nous avons signalés ont imprimé aux formes extérieures de l'épaule une physionomie toute particulière.

Le creux sus-claviculaire est très-prononcé à cause de la maigreur du sujet. La clavicule le limite en bas par une ligne tranversale qui, au lieu d'affleurer sous la peau dans toute son étendue, s'enfonce en arrière vers les parties molles profondes, dans sa partie externe. Au-dessous de la clavicule commence la paroi antérieure du creux axil-

laire. La peau s'y déprime assez profondément vers le creux que nous venons de nommer. Une saillie, formée par l'apophyse coracoïde qu'on voit pointer sous la peau, partage cette paroi antérieure du creux de l'aisselle en deux grandes gouttières verticales, l'une interne, comprise entre l'apophyse caracoïde et le sternum, l'autre externe, entre l'apophyse caracoïde et le moignon de l'épaule. Cette dernière présente une bride transversale formée par une corde ligamenteuse tendue sous la peau.

Pour le moignon de l'épaule, il a tout à fait perdu sa forme arrondie. A sa partie antéro-interne existe une sorte de palette souscutanée formée par la face supérieure de l'acromion devenue face antérieure. Celle-ci, comme nous le verrons, a donc quitté sa place ordinaire à la partie supérieure et externe du moignon. Là, au lieu d'une saillie on trouve un méplat, et, en continuant à descendre audessous du méplat, une espèce de globe qu'on devine formé par la tête de l'humérus. Tout cela est recouvert par un deltoïde aminci, sillonné de gouttières verticales.

La dissection nous fit trouver sous la peau très-peu de tissu cellulo-graisseux. Nous pûmes constater que les muscles étaient tous, sans exception, atrophiés ; tous avaient subi un commencement de dégénérescence graisseuse.

Tous les muscles s'insèrent comme sur un membre sain, et il n'y a eu de changé que leurs rapports avec les parties osseuses. Ces changements dans les rapports s'expliquent par les déformations et les déplacements qui ont atteint les os, déplacements et déformations que nous voilà maintenant amené à exposer.

La clavicule a été fracturée en un seul point. La fracture, consolidée du reste, siége à l'union de la tête acromiale avec le corps de l'os. Il s'en est suivi un changement dans la direction des fragments. Ils forment entre eux un angle très-ouvert en avant.

Les lésions osseuses se sont surtout accumulées sur l'omoplate. Cet os n'a plus sa forme primitive. Il s'est courbé en avant autour d'un axe oblique, situé au-dessous de la cavité glénoïde en dehors et aboutissant en dedans au-dessous de la naissance de l'épine. Cette ligne partage l'omoplate en deux moitiés, l'une supérieure, l'autre inférieure ; après un mouvement de bascule de la plus élevée sur la plus basse, elles se sont inclinées l'une sur l'autre d'arrière en avant. Le sommet de l'angle ainsi formé fait saillie dans la fosse sous-épineuse ; l'ouverture de l'angle se présente à l'opposé dans la fosse sous-scapulaire. A quelle cause rapporter cette disposition singulière de l'omoplate? L'os s'est-il incurvé ainsi autour d'un axe oblique, de luimême et pour favoriser les mouvements du membre? ou bien y a-t-il

eu une fracture dont le trait aurait été l'axe que nous venons de nommer? Nous penchons plutôt pour cette hypothèse, et d'autant qu'on trouve à la partie la plus externe, vers le bord axillaire, une vaste perte de substance, une sorte de fenêtre ovale par laquelle le muscle sous-scapulaire se trouve en contact avec le sous-épineux. Ce qui nous enhardit encore à soutenir cette opinion, c'est que bien certainement il existe une fracture dans la fosse sus-épineuse. Le trait de cette fracture a déterminé la formation d'un fragment ou esquille triangulaire, incomplétement rattaché au reste de l'os, en sorte qu'on trouve là une fenêtre ovale analogue à celle que nous avons signalée tout à l'heure. Ce dernier rapprochement nous paraît significatif.

L'apophyse coracoïde, elle aussi, a été brisée. Le trait de la fracture est transversal et a partagé cette apophyse en deux fragments. Le plus antérieur s'est incliné sur le plus postérieur à angle droit et la face supérieure est ainsi devenue antérieure. C'est elle qui faisait saillie sous la peau de la paroi antérieure du creux de l'aisselle.

Ce n'est pas tout encore, l'épine de l'omoplate a subi au moins deux fractures : l'une dans son corps, l'autre à sa jonction avec l'acromion. Cette dernière apophyse, complétement séparée de l'épine, a été attirée en dedans, en avant et en bas de manière à former un angle droit avec sa direction première. Elle est ainsi descendue à la partie antérieure du moignon de l'épaule, sous la peau de laquelle elle fait une saillie parallèle à celle de l'apophyse coracoïde. La voûte acromiale a donc disparu à la partie supérieure du moignon, et là, au lieu de présenter une forme arrondie, l'épaule se creuse d'un méplat.

Pour en finir avec les fractures, citons enfin celle qui a atteint l'humérus au milieu de son corps. Elle est oblique. Chacun des fragments se regarde par une surface pointue irrégulière, sans trace de canal médullaire.

Les déplacements inséparables de pareilles fractures ont entraîné de curieuses modifications dans la disposition des surfaces articulaires.

L'articulation sternale de la clavicule a présenté un violent diastasis.

Quant à l'articulation acromiale du même os, elle offre une disposition des plus singulières ; la fracture de l'acromion s'est accompagnée d'une rupture complète des ligaments acromio-claviculaires. Les surfaces osseuses se sont quittées. Tandis que l'acromion a été poussé en dedans et en avant, la clavicule a été repoussée en arrière et la tête de cet os est venue s'appliquer contre le bord antérieur de l'épine de l'omoplate à la naissance de l'acromion. Il s'est fait là une soudure osseuse formant une ankylose complète.

Le changement de direction de la clavicule a découvert entre elle et l'acromion un espace triangulaire augmenté par la rupture des ligaments conoïde et trapézoïde. Un ligament de nouvelle formation acrômio-claviculaire a rempli ce vide et c'est son bord antérieur tranchant qui forme une bride sous-cutanée dans la gouttière verticale signalée à la partie antérieure du creux de l'aisselle.

L'articulation scapulo-humérale est le siége de désordres non moins importants. Il y a là une luxation postéro-interne, qui se rapproche de la variété sous-épineuse. Voici comment les choses se sont passées : la cavité glénoïde s'est comblée au moyen d'une substance osseuse de nouvelle formation. Il s'est fait alors une nouvelle facette glénoïdale aux dépens du rebord postérieur de l'ancienne fosse glénoïde. Cette facette nouvelle est à angle droit avec la première. Elle est du reste trop petite pour répondre à toute la surface formée par la tête de l'humérus. Aussi les bords en sont-ils entourés par un bourrelet circulaire de tissu fibreux qui augmente l'espace articulaire, tandis que le fond est doublé de fibro-cartilage.

La tête de l'humérus ne répond plus à la nouvelle facette glénoïdale par la portion articulaire globuleuse. Celle-ci est libre. Il s'est fait sur le trochinter une facette articulaire, répondant à la facette nouvelle de la cavité glénoïde. C'est par ces surfaces que l'omoplate et l'humérus sont en rapport. La portion globuleuse de la tête humérale, celle qui formait autrefois la portion articulée, est aujourd'hui tout à fait libre, et même, débordant la nouvelle facette articulaire, glénoïdale, elle se trouve un peu reportée vers l'épine. Quant à l'ancienne capsule fibreuse, elle a disparu ; des liens très-courts maintiennent les nouveaux rapports. L'agent de contention le plus efficace aujourd'hui, réside dans les muscles voisins. La longue portion du biceps ne bride point ici de haut en bas la tête de l'humérus, comme dans une articulation saine ; car cette tête est reportée en arrière, et ce long tendon repose à vide sur l'ancienne cavité glénoïde. Mais la contention est assurée au moyen des tendons du sous-scapulaire, du sus-épineux, du sous-épineux et du petit rond, qui brident transversalement la tête humérale.

L'on sent combien une articulation dans l'état que nous venons de décrire doit être peu mobile. Nulle laxité en effet dans les liens fibreux qui entourent les surfaces de glissement, et assurent leur contact. Il ne pourra donc y avoir que des mouvements de peu d'étendue. Les mouvements d'avant en arrière sont bornés par l'épine ; ceux d'arrière en avant le sont par l'acromion, et sont par conséquent presque abolis. Restent les mouvements d'adduction.

Nous n'avons plus maintenant qu'à faire connaître la pseudarthrose

humérale. Aucune substance osseuse interposée entre les fragments de l'humérus n'a pu les réunir. La continuité du membre est seulement établie par les muscles biceps, coraco-brachial, brachial antérieur, qui, après s'être transformés en tissu fibro-celluleux au niveau de la fracture, forment autour des fragments un manchon blanchâtre adhérent au pourtour des os. Il reste entre les fragments de ceux-ci une solution de continuité, que rien n'a comblée, et qui est assez grande pour qu'on puisse tordre le bras en vis de pression.

Il n'y avait du reste ni lésion nerveuse, ni lésion vasculaire.

En résumé, les lésions observées chez l'homme dont l'histoire vient de nous occuper ont atteint les trois os du membre supérieur, la clavicule, l'omoplate surtout, et enfin l'humérus.

De ces lésions, les unes consistent en des déplacements osseux, les autres, en des déplacements articulaires.

Les déplacements osseux intéressent principalement la direction primitive de l'omoplate, qui s'est courbée en avant, comme si elle avait tourné autour d'un axe transversal. Un autre déplacement des plus importants a atteint tout l'ensemble de la voûte acromiale.

Ces déplacements osseux sont le résultat de fractures. La clavicule en compte une consolidée ; l'omoplate, deux à coup sûr et peut-être trois ; celles-là sont encore toutes consolidées. A l'humérus, la fracture est restée sans consolidation.

Quant aux déplacements articulaires, on les observe aussi aux trois os. A la clavicule c'est la tête acromiale qui, au lieu de s'articuler avec l'acromion, s'est soudée avec l'épine.

Dans l'articulation scapulo-humérale, on reconnaît une luxation postéro-interne avec formation d'une nouvelle cavité glénoïde. Il s'est fait une articulation là où il n'en devait pas exister. A l'humérus il y a pseudarthrose.

Telles sont les nombreuses lésions qui, suivant une expression qu'on nous passera, j'espère, ont fait de cet homme un musée pathologique.

La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire annuel, F. Guyon.

SÉANCE DU 20 JUIN 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit :

Les journaux de la semaine;

Le *Bulletin de la Société médicale des sciences du grand-duché de Luxembourg*, 1865;

Les *Bulletins de l'Académie royale de médecine de Belgique*; 1866, tome IX, fascicules 3 et 4.

— M. MATHIEU adresse, pour être soumis à l'examen de la Société, un collier en cuir moulé, renforcé de lamelles en acier, destiné à fixer le col dans les divers cas de torticolis.

— M. LARREY dépose sur le bureau, de la part de l'auteur, une brochure intitulée : *De l'unité professionnelle de la médecine.*

— M. TRÉLAT fait hommage à la Société, de la part de M. le docteur Vacher, d'un tableau graphique représentant la mortalité et l'état météorologique de Paris en 1865.

— M. LABBÉ présente, de la part de M. Picantin, externe des hôpitaux, un instrument pour couper le prépuce.

— M. LARREY rappelle à ce propos qu'il y a plusieurs instruments de cette espèce ; il en a lui-même présenté un à la Société de la part du docteur Chauvin. Il est d'avis que ces instruments, quelque ingénieux qu'ils soient, sont d'une bien médiocre utilité.

DISCUSSION.

Accidents dus au chloroforme.

M. CHASSAIGNAC. J'ai à donner quelques explications sur les points où je ne suis pas d'accord avec mon excellent et savant collègue M. Bouvier.

Il est permis de croire qu'il y a aujourd'hui des règles précises pour l'administration des anesthésiques, et que certains résultats dus à l'observation restent bien acquis.

Ainsi je pense que l'innocuité habituelle du chloroforme administré aux jeunes enfants est un fait bien établi. C'est au grand bénéfice des

enfants et des parents que cet agent précieux est si souvent employé pour faire un diagnostic ou pratiquer une opération. J'ai voulu réagir contre le trouble que pourraient jeter dans l'esprit des médecins les faits communiqués par M. Bouvier.

J'ai cherché s'il n'y avait pas eu de fautes commises. L'enfant qui a succombé était à peine convalescent de scarlatine. J'admets, comme notre collègue, que la débilité des sujets n'est pas une contre-indication à l'emploi du chloroforme, mais on ne saurait contester qu'un semblable état ne favorise les troubles circulatoires, et qu'il ne faille alors redoubler d'attention et de sévérité dans l'application des règles établies et acceptées.

L'enfant a été chloroformé assis, puis, lorsque l'on s'est aperçu des premiers accidents, brusquement changé de position. S'il est une règle absolue, c'est bien celle qui indique d'éviter en tout état de santé de donner le chloroforme autrement que dans le décubitus horizontal.

L'influence des déplacements, des changements brusques de position est moins démontrée, mais elle est fâcheuse. M. Bouvier, sans accepter la pratique des Anglais, m'objecte qu'ils transportent chloroformés les malades de leur lit dans la salle d'opération; mais ils les transportent couchés. Je ne veux pas dire que la mauvaise position donnée au petit malade a été la cause de la mort, mais l'expérience aujourd'hui bien acquise me donne le droit d'affirmer que c'est une faute.

J'ai fait remarquer encore que, pendant une minute et demie environ, l'attention du chirurgien avait été détournée. Sans doute, je ne voudrais pas imposer à l'opérateur le devoir de faire son opération et de surveiller le chloroforme. Il peut et doit s'en remettre à un aide instruit et expérimenté. Mais il y a pour le chirurgien lui-même une période de vigilance obligée. Elle s'étend jusqu'au moment où s'est franchement établie la tolérance de l'anesthésique; lorsque le sommeil est calme, la respiration et la circulation régulières, l'insensibilité complète, le chirurgien peut commencer l'opération. Il peut alors lui consacrer toute son attention, mais il est toujours imprudent de commencer plus tôt.

Je ne répondrai qu'un mot à M. Perrin. La doctrine qu'il défend avec une si entière connaissance du sujet est parfaitement fondée. Je trouve cependant que notre collègue est trop exclusif lorsqu'il explique par la syncope tous les accidents qui surviennent pendant la chloroformisation. Je crois que dans les chloroformisations complètes, et un peu prolongées, il y a un certain degré d'asphyxie.

J'ai souvent vu en semblables circonstances le sang artériel bleuir; j'ai dit, pour exprimer ce fait, qu'il se cyanosait. Vienne une syncope

et le sang ainsi modifié sera peu apte à rétablir l'action du système nerveux. Maintenant il y a des cas où l'asphyxie peut dépendre de la méthode employée. Il faut donc en tenir compte, et en admettre la possibilité.

M. BOUVIER. Je pense comme M. Chassaignac que la syncope n'est pas la seule cause de la mort pendant la chloroformisation. M. Perrin n'a pas cité dans son livre une expérience de M. Faure qui me semble très-concluante en faveur de l'asphyxie. Ce médecin endort un chien en lui faisant aspirer des vapeurs de chloroforme par un tube introduit dans la trachée. L'animal endormi, le tube est poussé dans une bronche. Les vapeurs anesthésiques n'arrivent plus dès lors que dans un poumon. L'autre fonctionne librement. Des quantités doubles et triples de chloroforme sont versées dans l'appareil, l'animal se réveille. Il est à plus forte raison impossible d'obtenir ainsi l'anesthésie chez un animal non chloroformé préalablement.

M. PERRIN. J'ai étudié et examiné avec d'autant plus de soin l'expérience de M. Faure, que je ne suis pas de son avis. Je l'ai répétée plusieurs fois, j'ai souvent examiné les poumons chez les animaux chloroformés. Je n'ai jamais constaté cette action spéciale, cette modification du tissu pulmonaire signalée par M. Faure. Comment comprendre l'instantanéité d'action de l'agent anesthésique, si l'on invoque cette action organique défendue par M. Faure? Dans l'expérience rappelée par M. Bouvier, il est facile de comprendre pourquoi l'anesthésie cesse ou ne se produit pas, si l'on réfléchit que la surface absorbante est diminuée de moitié. Il faut, pour que les actions médicamenteuses ou toxiques se produisent, qu'un rapport nécessaire soit établi entre l'absorption et l'élimination; qu'une quantité déterminée de la substance active soit présente à un moment donné dans l'économie. Cette proportion détruite, l'effet s'arrête où ne se produit pas.

M. Chassaignac nous a rappelé ce qui arrive dans les anesthésies prolongées qu'il a si bien étudiées. Le sang perd de sa rutilance, cela est certain. L'hématose est en souffrance; il arrive un moment où le sang artériel brunit; mais c'est là un effet consécutif, justifié par l'état de torpeur prolongé dans lequel sont plongées les puissantes inspirations. Et alors même le sang artériel est brun, couleur lie de vin, comme dans l'agonie, mais jamais noir-bleu comme dans l'asphyxie proprement dite. D'ailleurs, des recherches très-nombreuses ne permettent pas de douter que la perte de sensibilité ne survienne sans que le sang artériel change de couleur.

Je n'ai pas nié que l'état particulier du sang, rappelé par M. Chassaignac, ne puisse jouer un rôle secondaire, mais je ne saurais accep-

ter la doctrine de l'asphyxie comme explication de la mort subite sous le chloroforme. Je me suis attaché à poser des préceptes très-précis relativement à ces questions de doctrine, parce qu'elles dominent la pratique.

Si l'on me démontrait l'asphyxie chez un malade mort pendant la chloroformisation, je dirais que l'asphyxie est due à un mode vicieux d'administration de l'agent anesthésique. L'éthérisation nous montre combien l'asphyxie est pour ainsi dire difficile à déterminer. Beaucoup plus volatil que le chloroforme, l'éther se mélange en proportion beaucoup plus grande à l'air respiré, et de plus, on laisse le sujet respirer à la fois, dans le sac à éthérisation, l'air chargé de vapeurs anesthésiques et des produits de son expiration; il n'y a cependant pas asphyxie. Pour la produire il faudrait le vouloir, car il n'y a rien de brusque dans son apparition, l'asphyxie vraie est progressive; il n'en est malheureusement pas de même de la syncope.

M. LE FORT. Je crois, pour ma part, que le chloroforme agit comme les alcooliques d'une manière directe sur le système nerveux, mais qu'il a aussi sur les globules sanguins une action particulière. Il les rend impropres à l'oxygénation par suite d'une action spéciale, différente de celle de l'acide carbonique parce que le globule reste rouge. Mais il n'en a pas moins perdu la faculté de l'oxygénation; les expériences faites par Sansom me paraissent très-probantes. Il faut admettre, en somme, un mode particulier d'asphyxie, causée non par la privation de l'air respirable, mais par l'inaptitude des globules à en subir l'impression. Je diffère donc en ce point de M. Perrin, qui n'admet que l'action primitive du chloroforme sur le système nerveux.

M. PERRIN. Je suis obligé, pour répondre à M. Le Fort, de revenir sur des points déjà discutés.

Les expériences faites artificiellement par le mélange du sang et des substances anesthésiques ne peuvent rien prouver.

D'ailleurs, l'action des anesthésiques sur le globule sanguin, ainsi déterminée, ne serait plus une action asphyxique, mais bien une action toxique analogue à celle de l'oxyde de carbone. L'état asphyxique résulte essentiellement du défaut d'oxygénation du sang, par suite de l'accumulation dans ce liquide d'acide carbonique et non d'autre gaz.

Il est difficile de contester d'une manière absolue l'action spéciale des anesthésiques sur le globule sanguin, ce qui ferait de ces agents des poisons du sang. Mais cela est précisément à démontrer, non pas en opérant sur des mélanges artificiels, mais en agissant sur du sang soustrait à un animal en état d'anesthésie. Tant que la preuve n'aura

pas été faite dans ces conditions, l'assertion de M. Le Fort reste à l'état d'hypothèse d'autant moins acceptable, que cette action toxique du chloroforme sur le sang exclurait son action si incontestable sur le système nerveux. J'ajouterai, en terminant, que si l'on voulait transformer le chloroforme en poison du sang, comme l'oxyde de carbone, il faudrait montrer qu'il forme, comme ce dernier, une véritable combinaison avec le globule sanguin, ce qui est contraire à l'expérience. Un simple courant d'air que l'on fait passer à travers du sang contenant du chloroforme suffit pour l'entraîner comme on entraîne l'acide carbonique. Il n'en est pas de même de l'oxyde de carbone qui, quoi que l'on fasse, restera fixé au globule du sang.

PRÉSENTATION DE PIÈCE ANATOMIQUE.

Phlegmon péri-utérin.

M. A. GUÉRIN. Avant les travaux de M. Bernutz, le phlegmon péri-utérin passait pour uno maladie commune dont l'existence ne pouvait faire de doute pour personne. M. Bernutz, en démontrant que les tuméfactions péri-utérines étaient dues à des pelvi-péritonites, c'est-à-dire à des inflammations péritonéales et non plus à l'inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire sous-péritonéal, est venu changer la face de la question. Il est aujourd'hui nécessaire de prouver que cette inflammation existe, et c'est ce que démontre bien la pièce que j'ai l'honneur de vous présenter.

Les autopsies sont très-rares, ce serait cependant le seul moyen de juger la question, car le diagnostic sur le vivant est chose fort difficile, sinon impossible dans bien des cas. Je suis en quelque sorte à la piste des autopsies de cette espèce; voici la première fois que je puis démontrer, pièces en mains, la réalité de l'inflammation sous-péritonéale péri-utérine. Je suis donc disposé à croire à la grande fréquence de l'inflammation du péritoine pelvien.

Dans le cas actuel, il s'agissait d'une femme encore jeune, affectée de pertes utérines abondantes et souffrant depuis le commencement du mois de mai de douleurs abdominales, chez laquelle je trouvai seulement dans le col une tumeur polypiforme. Je l'opérai le 7 juin; elle est morte peu de jours après, avec tous les symptômes d'une péritonite généralisée. Je fus donc surpris de n'en pas trouver traces à l'autopsie. Je puis par contre vous montrer : 1° une infiltration de pus dans tout le tissu cellulaire du petit bassin; 2° un abcès situé sous le cul-de-sac vésico-utérin. Le péritoine est parfaitement sain, l'abcès peu volumineux communique par une perforation du tissu de l'utérus avec la cavité du col. Le siége de cette collection purulente

est d'autant plus remarquable que l'on a nié en particulier le phlegmon sous-péritonéal en avant et en arrière de l'utérus.

M. CHASSAIGNAC. Le tissu de l'utérus a-t-il été entamé pendant l'opération, y avait-il une métrite parenchymateuse?

M. A. GUÉRIN. Le corps de l'utérus est d'un très-petit volume et parfaitement sain, ainsi que les annexes; le col seul était malade. Le polype ressemblait à une masse fibrineuse, il était assez mou et assez peu adhérent pour que j'aie pu le détacher avec le doigt sans le moindre effort. Le tissu de l'utérus n'a donc pu être entamé. La nature du polype et de la lésion du col est encore douteuse. M. Ordoñez croit que la tumeur enlevée est épithéliale; le col, aujourd'hui ramolli par un commencement de putréfaction, était ferme et résistant au moment de l'autopsie. Je crois pouvoir dire que la perforation est le fait de l'abcès et de l'inflammation et non de la manœuvre facile et simple exécutée avec le doigt. Une fois les phénomènes inflammatoires déclarés, j'ai évité de toucher; j'étais d'ailleurs convaincu qu'il s'agissait d'une péritonite. Ce qui me semble bien établi par ce fait, c'est la réalité de l'inflammation phlegmoneuse du tissu cellulaire péri-utérin.

M. BLOT. Les difficultés de diagnostic signalées par M. Guérin ne sont que trop réelles. Je constatais dernièrement, chez une dame déjà âgée, des tumeurs du petit bassin, appréciables par le toucher abdominal et vaginal; elles s'accompagnaient de douleurs, de battements artériels. Je pensai à un phlegmon péri-utérin, mais tel ne fut pas l'avis de MM. Velpeau et Ricord. Nos éminents collègues soupçonnèrent des tumeurs fibreuses ou cancéreuses. Cependant, la tuméfaction, qui avait débuté à droite, disparaissait et se montrait à gauche, une fusée gagnait la paroi abdominale et il se formait un épanchement ascitique qui n'a pas tardé à devenir abondant. Il est donc souvent difficile de se prononcer lorsque l'on est en présence de certaines tuméfactions ou tumeurs du petit bassin.

M. DEPAUL. S'il est des médecins qui ne croient pas à l'inflammation du tissu cellulaire pelvien et péri-utérin, et qui n'admettent que la pelvi-péritonite, je crois cette opinion exclusive peu acceptée de ceux qui voient des malades et font des autopsies. Les occasions ne sont pas rares, chez les accouchées, de démontrer le fait anatomique sur lequel insiste aujourd'hui M. Guérin. Le cas dont il nous entretient n'est pas unique, et l'opinion qu'il contredit moins établie qu'il ne suppose. Ce fait n'est exceptionnel que par les conditions dans lesquelles il s'est présenté. Il y avait une lésion mal déterminée et probablement ancienne du col, il y a eu des contusions ou tout au moins des froissements exercés pendant l'opération. C'est, en général,

sous l'influence de l'accouchement que se produit l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, c'est dans ces conditions qu'il convient surtout de les étudier.

Je reconnais que le diagnostic est fort difficile, mais je répète que les autopsies démontrent les inflammations phlegmoneuses sous-péritonéales. On avait affirmé aussi que le tissu de l'utérus ne pouvait suppurer. Dans le cas qui a servi de point de départ à la discussion de l'Académie sur le redresseur de l'utérus, il y avait un abcès dans le tissu même de l'organe. A plus forte raison peut-on en voir autour. J'en ai vu en particulier, là même où M. Guérin vient de vous en montrer un nouvel exemple. Il est des cas où le phlegmon naît dans le tissu cellulaire du petit bassin loin de l'utérus, avec lequel il ne vient que consécutivement se mettre en rapport. On voit même ces abcès s'ouvrir dans la cavité de cet organe. J'en ai observé dernièrement encore un bel exemple. La réalité des phlegmons et abcès péri-utérins ne saurait être contestée, seule la question de fréquence relative est en jeu.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. J'ai observé aussi bon nombre de collections purulentes dans le bassin. Les unes ont tendance à se faire jour au-dessus du ligament de Fallope, d'autres à travers les organes pelviens, ou bien encore par l'échancrure sciatique. Il est nécessaire dans certains cas d'en pratiquer l'ouverture, sous peine de les voir s'étendre et envahir le tissu cellulaire rétro-péritonéal dans la région lombaire et jusqu'au diaphragme.

M. A. GUÉRIN. J'ai été mal compris par M. Depaul. J'admets le phlegmon péri-utérin, et je sais qu'il y a des médecins qui vont jusqu'à nier la pelvi-péritonite. J'ai dit que les travaux de M. Bernutz nous avaient mis en demeure de démontrer par des autopsies la réalité de l'inflammation péri-utérine, et je crois d'autant plus important de le faire que les autopsies sont rares. Je ne puis admettre que dans tous les cas il faille rattacher ces inflammations à l'accouchement, et que le fait que je présente soit exceptionnel. J'ai vu des inflammations survenir à la suite de l'application du spéculum. Il est bien d'autres causes plus graves qui peuvent les provoquer en dehors de la parturition. L'influence de l'opération est incontestable chez ma malade. Si une manœuvre aussi simple a pu provoquer une réaction aussi intense, ne faut-il pas reconnaître qu'il n'est pas toujours besoin de la puerpéralité pour faire naître les phlegmasies péri-utérines !

PRÉSENTATION DE MALADE.

Exostose de croissance.

M. LABBÉ. J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société une jeune fille âgée de quinze ans, chez laquelle existe une exostose située à la partie postérieure de l'extrémité inférieure du radius ; cette tumeur présente le volume d'un gros marron ; son extrémité inférieure répond à environ un centimètre au-dessus de l'interligne articulaire du radius. Elle paraît avoir pris naissance au niveau du cartilage épiphysaire, et je suis disposé à voir ici un de ces exemples d'exostose de croissance, dont M. Broca nous a donné la description, et que M. le docteur Soulié a particulièrement étudiés dans sa thèse inaugurale.

Cette tumeur a pris naissance il y a deux ans, son développement a d'abord été assez lent, mais depuis quatre mois elle s'est accrue d'une façon très-notable. Au premier abord, lorsqu'on examine la tumeur, on croit à sa mobilité, mais un examen plus attentif conduit à cette conclusion que l'exostose est intimement adhérente à la face postérieure du radius. Cette tumeur n'est le siége d'aucune douleur, mais si l'on admet le diagnostic que je viens d'indiquer, on est en droit de redouter son accroissement rapide ; et la communication de M. Broca, faite dans la dernière séance de la Société, nous a nettement démontré que ces sortes de tumeurs peuvent acquérir un volume considérable, envahir l'os voisin, l'articulation elle-même, et donner lieu à la nécessité d'une amputation. Aussi je soumets cette malade à l'examen de mes collègues, pour savoir s'ils seraient, comme moi, d'avis que l'ablation de cette exostose est indiquée dès à présent.

M. BROCA. M. Labbé me demande si l'opération est indiquée. Il y avait à résoudre une première question, celle de la mobilité de la tumeur. Elle m'avait paru mobile à un premier examen, j'ai maintenant acquis la conviction de sa continuité avec le radius. Mobile, elle eût été enlevée avec tant de facilité que l'opération ne pouvait être discutée. Faisant corps avec l'os, l'opération est plus difficile et un peu plus sérieuse. Je crois néanmoins qu'il faut opérer. La tumeur est manifestement en voie d'accroissement, et nous savons jusqu'où peut aller cet accroissement. Elle n'a aujourd'hui aucune connexion avec l'articulation, elle pourra être réséquée sans danger, plus tard la résection pourrait être difficile et peut-être insuffisante.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 27 JUIN 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

— **M. CAZENAVE** (de Bordeaux) fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *Réflexions générales sur l'emploi du chloroforme dans les opérations, etc.*

— **M. FOUCHER** dépose sur le bureau un travail manuscrit de M. le Dr Monteils, intitulé : *Du traitement par le drainage de l'arthrite purulente secondaire du genou.*

— **M. VERNEUIL** offre à la Société la thèse de concours pour l'agrégation de M. Cruvelhier, intitulée : *De l'ectropion.*

Hygiène hospitalière.

M. LÉON LE FORT. J'ai l'honneur d'offrir à la Société, au nom de M. Seideler, directeur et médecin en chef de l'hôpital Galitzin à Moscou, un volume intitulé : *Hôpital des princes Galitzin à Moscou comparé aux autres hôpitaux de l'Europe.*

Cet ouvrage très-important est destiné à occuper une grande place dans la littérature médicale traitant des questions d'hygiène hospitalière. Malheureusement il est écrit en russe, et par conséquent sa lecture est inaccessible à la plupart d'entre nous, pour ne pas dire plus. J'aurais dû vous l'offrir beaucoup plus tôt, mais j'ai tenu à l'analyser avec l'aide d'un traducteur et je vous demande la permission d'en signaler les parties les plus intéressantes.

Je passe sous silence un historique très-bien fait de l'assistance hospitalière en Europe ; arrivant à la Russie, l'auteur rappelle que le premier hôpital russe, ne renfermant que quinze lits, fut fondé par le boyard Théodore Rtistcher, sous le règne du père de Pierre le Grand.

Pierre Ier est le véritable fondateur des hôpitaux en Russie. Il fit construire à Moscou le grand hôpital militaire qui existe encore, à Pétersbourg l'hôpital maritime. Le premier grand hôpital civil est celui de Saint-Paul, fondé à Moscou en 1763 ; enfin Catherine II la

Grande et l'impératrice Marie (mère d'Alexandre Ier et de Nicolas), ont fondé de très-nombreux hôpitaux.

Ce qui distingue les hôpitaux russes de tous les autres, c'est que les malades y sont reçus gratuitement, sans qu'on ait égard à leur nationalité, à leur religion, à leur domicile.

L'hôpital Galitzin a été fondé par le prince Démétrius Galitzin, ambassadeur de Catherine II auprès de Joseph II, empereur d'Autriche. Le capital de fondation fut de 2,800,000 francs, augmenté depuis par de nouvelles donations; l'hôpital est encore aujourd'hui entretenu uniquement aux frais de la famille Galitzin.

L'hôpital renferme 163 lits répartis en 46 salles.

Chaque malade a en moyenne 66,8 mètres cubes d'air. Les vénériens sont séparés des autres malades; mais il n'y a pas de séparation des cas de médecine et des cas de chirurgie. Cette dissémination des opérés paraît à M. Seideler une excellente mesure à laquelle il attribue les succès constatés par la statistique. Ainsi, sur 69 tailles, il n'y eut que 2 morts. 66 malades sortirent guéris, 1 est encore en traitement.

Mais ce que le livre de M. Seidler nous offre d'intéressant, c'est la partie qui a trait à l'organisation, à l'hygiène des hôpitaux et à la comparaison entre eux des divers hôpitaux de l'Europe.

Les hôpitaux russes sont dirigés par des médecins. Cette excellente organisation se traduit par des résultats merveilleux. M. Seideler s'en montre le défenseur convaincu, quoiqu'il regarde comme préférable que le directeur-médecin ne soit pas chargé des soins directs à donner aux malades.

Le directeur-médecin connaît, dit-il, bien mieux les besoins de ses administrés; quand il s'agit de faire des économies, il sait sur quoi les économies peuvent être faites avec le moins d'inconvénient pour les malades; et l'auteur ajoute : « Les médecins sont en général mieux élevés que les administrateurs pris dans une autre classe de la société; ils se laissent moins facilement corrompre ou entraîner par l'appât des gains illicites; on peut dire, en règle générale, que les malades ont plus de confiance dans les médecins que dans les administrateurs. »

Arrivant aux questions d'hygiène nosocomiale, M. Seideler exige sept conditions principales dans le choix de l'emplacement : élévation au-dessus des terrains voisins; terrain sec et nullement marécageux; éloignement de tout bâtiment ou établissement pouvant, par le bruit ou les émanations, incommoder les malades; abondance d'eau; jardin formant dépendance de l'hôpital; éloignement du centre des villes; superficie considérable.

Quant à la disposition des bâtiments, ils doivent être isolés, mais

non aménagés comme l'hôpital Lariboisière, dont M. Seideler se déclare fort peu partisan.

Les fenêtres ne doivent pas descendre plus bas que la hauteur de l'oreiller des malades.

Il ne doit pas y avoir d'angles droits ni à la rencontre des murs entre eux, ni à leur jonction avec le plafond.

Tout l'hôpital doit être, une fois au moins par an, blanchi complétement à la chaux.

Les parquets doivent être lavés, mais ils doivent être construits en planches enduites de la composition siccative usitée en Allemagne, à Zurich et en Russie.

Chaque salle doit avoir une cheminée ouverte servant plus encore à la ventilation qu'au chauffage; dans les pays du Nord, chaque salle doit renfermer de plus un poêle de faïence ou de maçonnerie.

Les individus affectés de maladies contagieuses doivent être complétement isolés des autres.

Un hôpital ne doit pas contenir plus de 200 à 400 malades.

La centralisation des hôpitaux d'une grande ville, dans les mains d'une même administration, est une chose déplorable, car elle empêche que l'initiative des personnes chargées de la direction d'un hôpital montre la possibilité des réformes hygiéniques et financières.

A l'occasion du procès-verbal :

Exostose de croissance.

M. MARJOLIN. J'ai eu l'occasion d'examiner la jeune malade présentée par M. Labbé dans la dernière séance. Je partage les opinions émises par nos collègues relativement au diagnostic, mais je ne serais pas d'avis d'opérer. Je base mon opinion sur les raisons suivantes : d'abord, le voisinage de l'articulation me paraît exposer à un danger réel ; en second lieu, je suis loin de penser que la résection d'une exostose qui fait corps avec le radius mette à l'abri d'une récidive. Enfin, la tumeur est encore peu volumineuse et rien n'empêche d'espérer qu'elle cessera de s'accroître.

Mort de M. Goyrand.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Goyrand (d'Aix), membre correspondant à Aix.

DISCUSSION.

Accidents dus au chloroforme.

M. GIRALDÈS. Je ne veux pas discuter avec mes collègues le mécanisme de la mort par le chloroforme. La discussion a dévié avec une extrême facilité de ce côté, et c'est à peine si la question posée par M. Bouvier a de temps en temps surnagé. C'est à cette question que je veux répondre, et je le fais en déclarant, avec la conviction la plus entière, que le chloroforme peut être administré aux enfants, et doit leur être donné toutes les fois que cela est nécessaire pour poser un diagnostic ou pratiquer une opération, même une opération simple. Si le chloroforme devait être banni de la pratique générale, il devrait être réservé pour la chirurgie de l'enfance.

Je m'exprime ainsi en m'appuyant sur mon expérience journalière, et sur l'étude générale des faits.

Je tiens d'autant plus à protester que ce n'est pas la première fois que M. Bouvier vient exprimer ici ses craintes à propos de l'administration du chloroforme chez les enfants. Déjà dans la discussion sur la coxalgie, il les avait nettement formulées.

Mais je veux aussi protester contre l'immunité que l'on est disposé à accorder à l'enfance. Cette immunité n'existe pas. On a affirmé les dangers du chloroforme administré aux enfants ; on a établi d'autre part leur immunité. Ni avant ni pendant la discussion, on n'a rien prouvé de semblable.

Si je m'élève contre l'idée d'une immunité particulière à l'enfance, c'est que l'on pourrait, confiant dans cette donnée, ne pas apporter à l'administration de l'agent anesthésique l'attention nécessaire. M. Chassaignac a eu raison de le rappeler, il y a des règles bien établies auxquelles on doit se conformer quand on administre le chloroforme. Il faut apprendre à chloroformer comme on apprend à opérer. L'un est aussi important que l'autre.

On n'a pas cité dans la discussion un cas de Casper observé chez un enfant au-dessous de quatre ans; il ferait encore restreindre la limite de la période d'immunité.

Ce n'est pas ainsi que je crois devoir envisager la question. Ce qu'il y a de vrai aujourd'hui comme hier, c'est que les cas de mort chez les enfants chloroformés sont excessivement rares. Ils sont d'ailleurs rares chez tous les sujets.

La Société médicale de Boston, qui a entrepris de détrôner le chloroforme au profit de l'éther, a fait faire une enquête générale par les soins d'un comité de cinq membres choisis dans son sein. Les cas

connus qu'elle a pu réunir jusqu'à 1864 s'élèvent à 250. Je suis disposé à croire que tous n'ont pas été publiés. En les doublant, nous arriverons à 500. Il y a dix-huit ans que l'on donne le chloroforme dans toutes les parties du monde, non-seulement pour les opérations, mais pour bien des cas médicaux et pour les accouchements. Il y aurait donc 29 accidents par an survenus sous l'influence du chloroforme dans toutes les parties du monde.

Je me demande si l'on a bien tenu compte de toutes les autres causes de mort qui peuvent agir en dehors du chloroforme chez un individu que l'on va opérer. Le cas de Desault a été déjà cité ; lorsque Simpson commença à employer le chloroforme, il devait en faire usage chez un malade du service de Syme. Simpson fut obligé de s'absenter, le malade ne fut pas chloroformé, il succomba cependant subitement. Mackensie le jeune, ayant à examiner et à réduire une fracture du radius chez un individu pusillanime, propose le chloroforme ; il est refusé. A peine le chirurgien avait-il quitté son malade, qu'il est rappelé à la hâte, le malade venait de succomber. Je pourrais citer plusieurs autres exemples.

Je ne voudrais pas innocenter le chloroforme. Je crois que cet agent si puissant peut être dangereux, mais personne n'a démontré que ses dangers fussent tels, qu'il fallût l'accuser et le condamner.

M. Marjolin trouve que l'on en abuse chez les enfants : c'est encore une accusation vague et mal fondée. Je suis prêt à reconnaître que le chirurgien qui emploierait systématiquement le chloroforme chez les enfants serait dans son tort. Mais n'est-ce pas là souvent le moyen le plus sûr de vaincre ces résistances obstinées, ces colères violentes qui rendent toute exploration et toute opération, même la plus simple, impossible chez un enfant ?

La chirurgie du premier âge a trop bénéficié de cet agent, il nous rend de trop grands services, pour que je n'aie pas cru devoir prendre sa défense, tout en me refusant à admettre l'immunité du très-jeune âge pour les accidents du chloroforme.

M. MARJOLIN. Je tiens à dire encore une fois que l'on a tendance à abuser du chloroforme chez les enfants. Il suffit d'admettre avec M. Giraldès que le danger est possible, pour que les réserves que j'ai formulées subsistent tout entières. Je n'ai donc rien à retirer à ce que j'ai avancé.

M. BOUVIER. Je remercie M. Giraldès d'avoir ramené la question à son point de départ. Il vient de plaider ma propre opinion et me donne l'occasion de l'exprimer nettement. Comme mon honorable collègue, je suis disposé à prendre la défense du chloroforme et à en préconiser l'emploi chez les enfants. Mais l'évidence m'a forcé à

rejeter l'immunité à tort accordée à l'enfance. Ma communication n'a pas eu d'autre but. Ma conclusion sera celle de M. Giraldès : c'est que les mêmes règles et la même prudence doivent présider à l'administration du chloroforme à tous les âges de la vie. Mais j'admets que les conditions particulières que présente la chirurgie de l'enfance obligent souvent à chloroformer là où il ne saurait en être question chez l'adulte; ainsi pour un cathétérisme, si je veux prendre un exemple dans les faits de la discussion.

Je me permettrai de dire à M. Perrin que je le trouve moins exclusif dans ses écrits que dans ses discours. Notre collègue admet, en effet, et prouve de la manière la plus claire que l'état de la respiration, que les modifications survenues dans les fonctions pulmonaires prédisposent à la syncope et en augmentent la gravité. Je n'ai pas dit autre chose. En citant l'expérience de M. Faure, je n'ai pas voulu adopter sa doctrine. Mais cette expérience ingénieuse me paraît bien propre à démontrer l'influence de l'état des fonctions respiratoires sur l'anesthésie. M. Perrin nous répond que la surface d'absorption est diminuée quand le tube est poussé dans la bronche. Je me contente de lui faire observer que la quantité de chloroforme est doublée, triplée, et que cependant l'anesthésie cesse ou n'est pas obtenue.

M. PERRIN. Le chloroforme ne se mélangeant à l'air que dans des proportions définies, je crois que l'objection que j'ai présentée contre l'interprétation de l'expérience de M. Faure peut subsister. Quoi qu'il en soit, je tiens surtout à faire remarquer que MM. Chassaignac et Bouvier n'accordent aux modifications de la respiration qu'une influence secondaire et attribuent, en réalité, à la syncope les accidents qui surviennent sous l'influence du chloroforme. Je me félicite d'être d'accord avec eux sur ce point capital. Ce que je n'accepte pas, c'est l'explication par l'asphyxie de la mort sous le chloroforme ; mais je n'ai pas contesté, ainsi qu'a bien voulu le rappeler M. Bouvier, l'influence des modifications de la respiration.

M. GUERSANT. Je suis disposé à ne pas prodiguer le chloroforme, mais je crois qu'il est des circonstances où l'on ne saurait s'en priver chez les enfants. Je ne reviendrai pas sur ce qu'a dit M. Giraldès, relativement aux difficultés toutes spéciales qu'ils peuvent opposer au chirurgien. Je veux seulement poser quelques indications particulières.

J'ai employé le chloroforme chez les enfants disposés aux convulsions, chez les épileptiques, chez ceux qui se mettent dans de tels accès de colère, qu'ils en arrivent à se pâmer. J'ai pu, grâce au chloroforme, pratiquer, dans ces cas, des examens difficiles ou des opé-

rations sans provoquer de crises. Je crois donc qu'en semblables circonstances on éloigne, grâce à l'anesthésie, des accidents fâcheux ou graves. J'ajouterai, en terminant, que ma pratique chez les enfants a été des plus heureuses.

M. LE PRÉSIDENT prononce la clôture de la discussion.

COMITÉ SECRET.

La Société se forme en comité secret à quatre heures et demie.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 4 JUILLET 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin médical du nord de la France ;*

Le *Bulletin général de thérapeutique ,*

La *Gazette médicale de Strasbourg ;*

Les *Archives générales de médecine.*

— M. Charrière, fabricant d'instruments de chirurgie, présente un appareil en cuir, moulé sur plâtre, pour traiter les torticolis. Des appareils analogues sont fabriqués dans sa maison depuis 1846.

A propos du procès-verbal :

Accidents dus au chloroforme.

M. DESPRÉS. Je désire m'inscrire contre deux propositions qui ont été émises devant la Société, dans les intéressantes allocutions de MM. Le Fort et Perrin.

M. Le Fort a dit que le meilleur traitement pour rappeler à la vie les malades que le chloroforme met en danger était l'électrisation. M. Perrin a dit que c'était la respiration artificielle qui était le moyen le plus avantageux.

Du moment où la syncope est reconnue l'accident capital qui entraîne la mort pendant l'application du chloroforme, placer la tête

dans une position déclive, placer le malade la tête en bas surtout, est le premier traitement à employer. Ce moyen, que M. Nélaton met en usage, enseigne à tous ses élèves comme le meilleur et le plus urgent, et que nous avons vu réussir entre les mains de notre maître, devait être cité avec sa grande valeur dans la discussion sur le chloroforme devant la Société de chirurgie.

M. GIRALDÈS. Le précepte que M. Després rapporte à M. Nélaton a été en particulier bien indiqué par M. Denonvilliers, dans l'ancienne discussion sur le chloroforme.

M. BROCA. Puisque M. le président paraît accorder la priorité à M. Denonvilliers, je dirai qu'elle est incontestablement due à M. Stanski. Mettre la tête en bas est d'ailleurs un bon moyen, mais sa valeur est loin d'être absolue.

M. PERRIN. La priorité appartient bien à M Stanski. Je rappellerai à M. Després que, même dans la discussion actuelle, le moyen dont il parle a été indiqué à son rang et avec sa véritable valeur. On a rappelé qu'il était utile de l'employer, mais du moment qu'il n'est pas suffisant, il faut se hâter d'arriver à autre chose et en particulier à l'insufflation.

DISCUSSION.

Étiologie des luxations dites congénitales de la hanche.

M. BOUVIER. L'intéressante communication de M. Verneuil comprend deux parties : une de faits, une de raisonnements.

La première partie nous a fait connaître un fait nouveau : c'est que, dans certaines paralysies partielles du membre inférieur, surtout dans celles qui portent sur les muscles fessiers, on peut facilement luxer le fémur en arrière pour peu que l'on pousse la cuisse dans cette direction après l'avoir placée dans la flexion, l'adduction et la rotation en dedans. La luxation disparaît dans une attitude opposée. M. Verneuil suppose, quoiqu'il ne paraisse pas l'avoir constaté, que cette luxation pouvait se produire d'elle-même dans certaines attitudes des enfants qu'il a observés.

C'est là un trait de plus à ajouter au tableau qu'on a déjà tracé de la luxation paralytique en général, et de celle du fémur en particulier.

Il en résulte une conséquence importante pour le diagnostic des luxations fémorales, anciennes ou congénitales, de l'enfance. J'ai donné autrefois, après notre regrettable confrère Després, comme signe pathognomonique de ces luxations, la saillie de la tête du fémur à la fesse dans la flexion de la cuisse. Il faudra maintenant se

rappeler que, suivant les nouvelles observations de M. Verneuil, cette saillie peut aussi se produire dans le simple relâchement articulaire lié à la paralysie des muscles fessiers, sans déplacement permanent du fémur; ce déplacement ne pourra donc être regardé comme certain que lorsqu'il sera confirmé par d'autres signes.

Dans sa seconde partie, M. Verneuil commence par déclarer erronée, inexacte, l'opinion de ceux qui pensent que la luxation congénitale existe toujours à la naissance. Cela veut dire sans doute que l'on a tort de croire congénitales une partie des luxations réputées telles.

Je répondrai qu'on ne tient une luxation du fémur pour congénitale que lorsque, outre les caractères habituels, mais non exclusifs, de ce genre de déplacement, le commémoratif apprend que l'enfant en a présenté les signes dès qu'il a marché, et qu'il n'a éprouvé antérieurement aucun accident, aucune affection de nature à pouvoir produire cette luxation. Il me paraît naturel de conclure alors que la luxation existait à la naissance. Ce n'est que dans ces circonstances que les auteurs ont attribué la congénialité aux déplacements du fémur, et j'avoue que jo ne saurais les en blâmer.

M. Verneuil va plus loin; il veut qu'on change le langage, qu'on ne fasse plus une classe des luxations congénitales, mais qu'on les dénomme toujours d'après leur cause, qu'elles soient antérieures ou postérieures à la naissance. Aux causes connues de la luxation, notre savant collègue en ajoute une nouvelle, qui serait cette même paralysie des fessiers ou du groupe des muscles pelvi-trochantériens, dont il nous a entretenus dans la première partie. Les faits qu'il nous a communiqués appartiendraient à la première période de cette luxation; la dernière période revêtirait les caractères cliniques attribués aux luxations dites congénitales, et le nom de *luxation paralytique* devrait désigner celles-ci, lorsqu'elles ne seraient pas le résultat de quelqu'une des autres causes qui peuvent les produire avant ou après la naissance, comme la coxalgie, une violence extérieure, une malformation osseuse, etc.

L'origine des luxations congénitales du fémur n'est pas seulement obscure eu égard à ce qui peut s'accomplir pendant la vie intra-utérine. Leur première phase, après la naissance, n'est guère mieux connue, parce qu'on a trop rarement occasion de l'observer avant l'âge où les enfants commencent à marcher. De là diverses suppositions sur l'état de la hanche avant ce moment. Le plus grand nombre admet que ces luxations sont à la naissance ce qu'on les trouve un an ou deux plus tard. D'autres disent qu'elles sont d'abord incomplètes et ne deviennent complètes que plus ou moins longtemps après la naissance. Pravaz, Richard (de Nancy), ont parlé de luxations ana-

logues aux congénitales, souvent confondues avec elles, qui se formeraient lentement après la naissance, sans coxalgie ni autre affection douloureuse locale.

L'hypothèse de M. Verneuil vient grossir le nombre de ces théories diverses. Est-elle mieux démontrée ?

Notre collègue s'appuie des faits de production lente, tardive de la luxation. J'ai examiné de nouveau, depuis sa communication, les observations de ce genre publiées par Richard (de Nancy), Pravaz et d'autres ; je n'en ai pas trouvé une seule dans laquelle il fût hors de doute que la luxation n'existait pas à la naissance.

Qu'il y ait des luxations paralytiques du fémur, on ne peut en douter ; je l'ai dit en commençant. Mais il faudrait au moins deux choses pour justifier l'hypothèse de M. Verneuil : 1° que l'on eût vu la luxation temporaire qu'il a décrite passer à l'état de luxation permanente et présenter alors tous les caractères des luxations dites *congénitales ;* 2° que l'on trouvât dans celles-ci la paralysie fessière, qui devrait subsister comme le témoignage de leur origine. Quant à moi, je ne l'ai jamais rencontrée dans les cas ordinaires de luxation congénitale du fémur, je veux dire dans les cas exempts de complication. Je conviens qu'elle peut m'avoir échappé ; je la chercherai désormais avec plus de soin ; mais, en attendant, je ne puis que faire des réserves sur une question dont la solution attend encore ses preuves.

M. VERNEUIL. Lorsque j'ai fait devant vous l'exposition d'une théorie nouvelle sur l'étiologie des luxations dites congénitales du fémur, je savais bien qu'on me demanderait des preuves, qu'évidemment je n'avais point données. Je vais compléter aujourd'hui ma communication et répondre de mon mieux aux objections que mon honorable collègue, M. Bouvier, a bien voulu m'adresser. Mes arguments seront-ils péremptoires et sans réplique ? je ne le crois pas, et j'avoue volontiers que mon opinion est, en plusieurs points, fort discutable. Peut-être aurais-je dû différer encore, et n'arriver devant vous qu'armé d'observations complètes et tout à fait convaincantes. Mais j'ai préféré réclamer votre concours et votre assistance, pour achever l'étude de cette question, ou tout au moins pour l'agiter de nouveau. Ma seule prétention est de montrer que mon hypothèse n'est pas dépourvue de base ni même d'un commencement de démonstration.

Je répondrai d'abord quelques mots à certains reproches. M. Bouvier me dit que les luxations paralytiques sont connues et bien décrites, à la banche elle-même. Je n'ai jamais cru avoir découvert cette variété de déplacement pathologique, mais je n'ai pas vu davantage qu'on ait songé à établir leur affinité, leur analogie, encore moins leur identité avec les luxations dites congénitales.

En énonçant la possibilité de faire à volonté sortir et rentrer la tête fémorale, suivant l'attitude donnée au membre, par conséquent de produire et de réduire la luxation, il est clair que je diminuais singulièrement la valeur d'un signe considéré jusqu'à présent comme pathognomonique de cette luxation. Je veux parler de la saillie très-apparente que fait la tête quand la cuisse est dans la flexion avec adduction. Ce signe a surtout beaucoup servi à nier la réductibilité et la réduction de la luxation congénitale, et par conséquent à affirmer sa persistance en dépit de tous les traitements orthopédiques. C'était justement ce signe qu'invoquait M. Martin, pour soutenir l'existence d'une luxation que je contestais formellement. J'avais déjà suspecté sa valeur en voyant la petite malade qui nous a été présentée l'année dernière, par M. Pravaz. Sans doute, la tête du fémur proéminait dans la flexion de la cuisse, mais dans l'extension du membre il me paraissait impossible qu'elle ne fût pas dans le cotyle, et je me demandais vainement dans quel point de la fosse iliaque elle pouvait résider, pour se dérober aussi complétement à la recherche. Aussi dirai-je incidemment que je crus alors et crois encore légitimes les prétentions de M. Pravaz fils, qui pense, dans ce cas, avoir obtenu la réduction.

J'ai cherché à montrer que le mot congénitales, appliqué aux luxations de l'enfance, était vicieux parce que les auteurs lui donnaient un double sens ; les uns l'appliquant à toutes les luxations observées à la naissance, quelle qu'en soit la cause ; les autres l'appliquant encore à des déplacements qui certainement ne s'effectuent que plus ou moins longtemps après, et dans le cours même de l'enfance. M. Bouvier me reproche d'avoir mal compris les auteurs. J'espérais pourtant m'être clairement exprimé sur ce point de nomenclature. Je sais fort bien qu'à l'autopsie d'enfants morts en naissant, on a trouvé le fémur déboîté. MM. Parise, Broca, Morel Lavallée ont observé de ces cas, et j'en ai moi-même publié un exemple ; mais il s'agissait de luxations coxalgiques et non point de ces déplacements qui, plus tard, d'après leurs symptômes et leur marche, sont désignés comme luxations congénitales. En ce qui concerne ces dernières, malgré leur fréquence dans la jeunesse, elles n'ont guère souvent été prouvées par l'autopsie, car je ne pense pas qu'il faille appeler luxations les malformations de la hanche, dans lesquelles la tête ou le col du fémur est absent. Il faut, pour le moins, en faire un genre à part, de même que, dans la classification des pieds-bots, on fait un genre pour les déviations causées par l'absence du péroné ou d'un des os du tarse.

J'ai ajouté qu'il serait au moins singulier d'appeler congénitale une luxation survenant longtemps après la naissance chez un enfant qui,

pendant plusieurs mois et même plusieurs années, aurait marché normalement et joui de l'intégrité absolue de l'articulation coxo-fémorale.

M. Bouvier a compris la gravité de l'argument, car il s'est efforcé de mettre en doute les faits de ce genre rapportés par MM. Maissiat, Pravaz et d'autres, il ne les trouve pas concluants. J'en vais fournir un nouveau que je viens d'observer et qu'il me paraît difficile de ne point accepter.

Une dame, cliente de M. Bazin, et qui suivait les avis chirurgicaux de Michon et de Martin, vint me consulter pour un enfant de sept ans et demi, affecté de luxation congénitale du fémur gauche. C'est vers l'âge de quinze mois que se montrèrent les premiers symptômes d'une lésion de la hanche, qui aboutit au déplacement qu'on observe aujourd'hui. A la naissance et jusqu'à un an passé, l'articulation fut absolument normale; cette assertion de la mère est entourée d'un cortége de preuves irrécusables, et voici comment.

Cette dame, fort intelligente d'ailleurs et très au courant de la question, est atteinte elle-même, depuis sa plus tendre enfance, d'une double luxation des fémurs; sa démarche en fait foi; elle se maria nonobstant, et mit au monde une première petite fille, âgée actuellement de neuf ans, et qui ressemble beaucoup à son père.

L'hérédité du déplacement originel des fémurs étant démontrée par des faits, les parents étaient fort anxieux; dès les premiers jours, ils firent donc visiter l'enfant. On constata l'intégrité absolue des hanches; de mois en mois l'examen fut renouvelé, et l'on eut soin de consulter successivement les chirurgiens les plus distingués de Paris qui, tous sans exception, nièrent tout déplacement et avec raison, puisque la fillette, âgée de neuf ans aujourd'hui, marche solidement et n'a jamais boité.

Une seconde fille naquit dix-huit mois environ après son aînée; elle était chétive et tenait manifestement de la mère. Les craintes de celle-ci se renouvelant, on procéda de la même manière, et de mois en mois, on explora très-attentivement les membres inférieurs, résultat absolument négatif pendant quinze mois. A cette époque, et aux premiers essais de marche, on remarqua de la faiblesse et de la claudication; on prescrit des moyens divers qui n'empêchent pas la luxation de se produire, ce qui fut facilement constaté par tous ceux qui jusqu'alors avaient rassuré si formellement la mère.

N'est-il pas évident qu'en pareil cas l'articulation est restée longtemps indemne et n'a commencé à se disloquer que tardivement? Or, puisque, en général, on ne reconnaît les luxations dites congénitales que vers l'âge de deux ans ou plus tard encore, qui pourrait affirmer

qu'au sortir du sein de la mère les enfants sont déjà infirmes, quand rien ne le démontre et alors que les signes d'un déplacement du fémur sont si faciles à constater chez l'adolescent et l'adulte?

M. Bouvier reconnaît avec moi que les diverses causes assignées aux luxations dites congénitales sont fort obscures. Le champ, dit-il, est ouvert aux hypothèses, je n'ai fait qu'en ajouter une à celles qui existaient déjà, mais je n'ai rien prouvé, et la paralysie des muscles fessiers reste à démontrer; pour sa part, M. Bouvier ne l'a jamais observée. J'ai été plus heureux, sans parler des cas invoqués dans ma communication première, où j'avais constaté la coïncidence remarquable entre l'atrophie de la fesse et la saillie considérable de la tête fémorale dans la flexion de la cuisse. J'ai retrouvé cette atrophie dans des cas de luxation permanente bien confirmée; et d'abord chez la petite fille de sept ans et demi, dont je viens de raconter l'histoire, puis chez une autre fille de quatre ans que j'ai examinée publiquement dans mon service de Lariboisière; ici la luxation est double et la tête se laisse percevoir au toucher dans toutes les attitudes.

Cette atrophie, cette faiblesse, cette paralysie plus ou moins complète des muscles fessiers, est facile à constater dans le cas de luxation unilatérale, par la comparaison avec le côté sain qui conserve sa forme et sa vigueur accoutumées. La chose est plus malaisée dans les luxations doubles où ce criterium manque, et où la saillie de la tête semble plutôt augmenter que diminuer le volume des fesses. Voici pourtant comment on reconnaît l'atrophie en question : 1° en saisissant entre les doigts la saillie fessière, on ne trouve qu'une masse molle, au centre de laquelle aucun faisceau musculaire ne s'accuse par la contraction; 2° en exagérant la saillie de la tête, on sent celle-ci très-superficiellement sous la peau doublée seulement de son pannicule graisseux; 3° à l'aide de l'électricité, on provoque à peine quelques mouvements d'extension de la cuisse, et l'on ne voit pas la fesse s'élever et se rétrécir transversalement, comme cela arrive quand la région est fournie de muscles sains; dans l'atrophie unilatérale, le contraste entre les deux côtés est extrêmement évident; 4° à défaut d'électricité, quelques explorations fort simples démontrent le même fait. On sait que la région anale et le pli interfessier sont d'une grande sensibilité. Le moindre attouchement, la plus petite douleur, provoquent, par action réflexe, la contraction énergique des muscles et surtout celle du grand fessier; les deux fesses se rapprochent, font saillie et un méplat très-évident se dessine au côté externe. Or j'ai vu et fait voir que, dans le cas de luxation congénitale unilatérale ou double, le côté affecté ou les deux à la fois restent immobiles alors même qu'on pique ou qu'on pince, en un mot qu'on

irrite faiblement ou fortement les téguments des régions anales ou interfessières.

Il est donc démontré pour moi que l'atrophie et l'affaiblissement des muscles fessiers existent : 1° dans le cas où, sans être luxée d'une manière permanente, la tête fémorale quitte le cotyle et y revient, suivant l'attitude ; 2° dans le cas où la luxation dite congénitale est permanente et réalisée depuis longtemps. Enfin j'ai constaté que cette lésion des fessiers n'est pas isolée et qu'elle se retrouve d'ordinaire sur l'ensemble des muscles du membre inférieur, qui sont plus grêles, moins énergiques que d'ordinaire et surtout que ceux du membre opposé, quand l'infirmité est bornée à un seul côté. Reste à appuyer la dernière partie de l'hypothèse, c'est-à-dire la relation de cette paralysie avec la luxation congénitale du fémur et avec la paralysie dite essentielle de l'enfance. Ici je reconnais l'insuffisance de mes preuves qui, pour la plupart, sont seulement indirectes et procèdent de l'induction.

Et d'abord, nulle difficulté pour admettre qu'à la suite de la paralysie de l'enfance, un groupe musculaire circonscrit peut rester frappé de débilité et d'atrophie consécutive. Ce fait est, je crois, surabondamment démontré pour les muscles moteurs du pied, ce qui donne naissance aux pieds-bots paralytiques, et aussi pour le groupe musculaire qui entoure l'articulation scapulo-humérale, deltoïde sus-épineux, etc., ce qui engendre dans cette jointure un diastasis décrit sous le nom de luxation congénitale de l'humérus. Dans cette dernière affection deux faits sont évidents : le relâchement des ligaments et des muscles périarticulaires, puis la perte de rapport des surfaces diarthrodiales. Cependant la cavité glénoïde et la tête humérale restent, sauf l'écartement, dans des rapports de direction à peu près normaux. Mais supposons qu'on fasse marcher à quatre pattes un sujet atteint de la sorte, la capsule incessamment pressée en haut, en arrière et en dehors par la tête, et n'étant plus soutenue par les muscles, la capsule, dis-je, céderait lentement, et nous verrions se produire graduellement une luxation sous-épineuse qui représenterait exactement la luxation du fémur dans la fosse iliaque externe.

Admettons *a priori* la paralysie du groupe pelvi-trochantérien, et nous nous expliquons sans peine ses conséquences ultérieures. L'extension de la cuisse sur le bassin devient difficile. La tête fémorale tend incessamment à presser sur la partie postérieure de la capsule ; celle-ci, n'étant plus soutenue par les muscles contenteurs, se dilate lentement en arrière et devient très-lâche. La tête est imparfaitement maintenue contre le fond du cotyle, et dans les mouvements de flexion glisse peu à peu en arrière; dans l'extension, elle reprend sa

place. La répétition continuelle de ces migrations augmente l'élongation du ligament orbiculaire et du ligament rond. Le sourcil cotyloïdien se déprime et s'échancre, ou bien la tête, un beau jour, le franchit et s'installe définitivement dans la fosse iliaque.

Ainsi s'explique la marche lente du mal, l'élongation de la capsule qui ne saurait être, à coup sûr, ni primitive, ni instantanée; enfin cette longue préparation qui est nécessaire pour que la tête du fémur puisse abandonner sa cavité de réception.

Tout cela, j'en conviens, ne prouve pas encore la relation intime entre la paralysie essentielle et la luxation; j'ai en ce moment, dans mon service, une malade dont je rapporterai l'observation et qui servirait à confirmer mon hypothèse; c'est une fille de vingt-deux ans qui fut affectée, à l'âge de trois ans, de convulsions. Il en résulta un pied-bot qui fut traité par la ténotomie, et dont il reste actuellement encore des traces assez évidentes pour qu'on reconnaisse sans peine la variété paralytique. Or le membre tout entier est atteint d'atrophie, et l'extrémité supérieure du fémur est luxée dans la fosse iliaque.

M. Bouvier, reconnaissant la possibilité de l'atrophie des muscles fessiers, me demande si, au lieu d'être primitive et cause de la luxation, elle ne serait point consécutive et par conséquent effet du déplacement. Or je ne puis répondre à cette question; il y a là hypothèse de sa part comme de la mienne; mais comme, en d'autres régions, la paralysie primitive est évidemment démontrée comme cause de déplacement consécutif, j'incline à penser qu'il en est de même à la hanche.

Au reste, et en terminant, je ne puis que remercier M. Bouvier d'avoir bien voulu répondre à mon appel et me faire des objections dont je tiendrai compte. Dans un sujet aussi difficile, on ne saurait avoir la prétention d'arriver d'emblée à la vérité; j'ai exposé mes doutes, mes incertitudes sur un point qui paraissait clair et qui ne l'est pas. J'ai fait des efforts pour introduire dans le débat un élément nouveau; l'observation ultérieure montrera si j'ai eu tort ou non de faire un rapprochement entre la paralysie de l'enfance et certains déplacements du fémur, que les causes admises jusqu'à ce jour n'expliquent point d'une manière satisfaisante.

M. BOUVIER. M. Verneuil vient d'ajouter, aux faits déjà connus de claudication tardive, un cas qui lui est personnel. Rien ne semble plus probant, et cependant j'affirme que l'enfant avait une luxation dès la naissance. Comment admettre que cet enfant, scrupuleusement examiné tous les mois, au quatorzième comme aux autres, et qui boite dès qu'il essaie de marcher, c'est-à-dire au quinzième mois, ait eu une luxation justement produite dans l'intervalle du quatorzième au

quinzième mois? Ce fait prouve une fois de plus que le diagnostic des luxations de naissance est fort difficile à établir dans les premiers mois. Des chirurgiens très-habiles s'y trompent, et j'ai trop souvent été témoin de faits semblables pour ne pas avoir à ce sujet une conviction bien arrêtée.

Je me suis bien gardé de mettre en doute la paralysie et l'atrophie des fessiers. J'ai dit que je ne l'avais jamais rencontrée; j'ai pu me tromper; les faits que nous annonce M. Verneuil sont de nature à m'engager à vérifier de nouveau un fait sur lequel je me croyais édifié. Je veux seulement faire observer à mon honorable collègue que rien ne prouve que la paralysie qu'il a constatée fût primitive. La luxation a pu se faire d'abord et l'atrophie lui succéder, être l'effet et non la cause, comme le voudrait M. Verneuil. On comprend d'ailleurs qu'un sujet atteint de déplacement congénital du fémur ne soit pas à l'abri de la paralysie de l'enfance et que les deux affections puissent être constatées chez le même sujet. Ce sont des hypothèses, j'en conviens, mais M. Verneuil lui-même n'est pas encore en mesure de donner la preuve de ce qu'il avance.

Je n'aurais plus rien à répondre si M. Verneuil n'avait paru justifier les prétentions de M. Pravaz fils, relativement au sujet qu'il nous a présenté comme jouissant des bénéfices d'une réduction. J'ai fait à ce sujet un rapport très-attentif et très-modéré. J'ai contesté la réduction; les membres de la commission ont partagé mon avis; nous avons établi devant la Société, qui a approuvé le rapport, qu'il n'y avait pas eu réduction, et je le maintiens.

M. VERNEUIL. L'argumentation de M. Bouvier, relative à la très-grande difficulté du diagnostic des luxations congénitales dans les premiers mois de la vie, pourrait être employée contre lui. Si la luxation est aussi difficile à reconnaître, comment peut-on affirmer qu'elle existe dès la naissance?

Je crois que l'observation a été trop nettement provoquée, trop répétée et trop attentive dans le cas que j'ai cité, pour que l'on n'admette pas que, chez cet enfant, la luxation s'est produite après la naissance.

M. Bouvier me fait encore observer que la luxation peut avoir précédé la paralysie musculaire. Je suis disposé à l'accorder pour certains cas. Mais ne connaissons-nous pas des déviations qui, comme le pied-bot paralytique, succèdent incontestablement à la perte d'action des muscles?

J'ai disséqué plusieurs fois des luxations anciennes : on trouve, après bien longtemps, des muscles encore pourvus de fibres. Et cependant, chez un enfant de trois ans, l'examen ne m'a pas permis de

reconnaître la faculté contractile. Si l'on admet dans ce cas une atrophie consécutive, il faudrait accepter qu'elle s'est bien rapidement produite.

M. TRÉLAT. Le langage chirurgical est bien loin d'avoir toute la précision désirable dans le sujet en question.

M. Verneuil cherche à prouver que, dans le groupe des luxations dites congénitales, il en est qui sont dues à une paralysie des fessiers. Ce sont, à vrai dire, des luxations paralytiques de l'enfance.

L'épithète de congénitale devrait, par contre, être appliquée à toutes les luxations de naissance, quelle qu'en soit la cause. Si elles étaient dues à une coxalgie, par exemple, ce seraient des luxations congénitales coxalgiques. M. Verneuil les écarte au contraire du groupe des luxations congénitales; je crois que c'est à tort et qu'une luxation est congénitale par cela même qu'elle existait avant la naissance.

M. VERNEUIL. Il est, à mon avis, bien préférable de prendre pour base de classification, la cause et non l'époque d'apparition de la luxation.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 11 JUILLET 1866.

Présidence de M. FOLLIN.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de médecine de la semaine;

Le *Montpellier médical,* numéro de juillet;

Les procès-verbaux du *Congrès médical de France,* troisième session, tenue à Bordeaux en 1865.

— **M. LE Dr AZAM**, membre correspondant à Bordeaux, adresse un mémoire imprimé intitulé : *De la thrombose consécutive aux traumatismes et de la mort subite qui peut en être la suite.*

MM. ROBERT et **COLLIN** adressent une nouvelle aiguille pour les

injections sous-cutanées, construite d'après les indications du docteur Danet.

— **M. BROCA** offre, de la part du docteur Bélin, médecin-adjoint à l'hôpital de Colmar :

1° Une brochure intitulée : *De la valeur du palper abdominal, comme moyen de déterminer la position du fœtus et surtout de rectifier les présentations vicieuses, soit avant, soit pendant le travail de l'accouchement.*

Hydro-encéphalocèle.

2° Une observation imprimée, intitulée : *Tumeur congénitale située sur la petite fontanelle et enlevée avec succès*. Cette observation est suivie d'un rapport de M. Stoltz. M. Broca attire l'attention de la Société sur ce fait intéressant. L'écoulement continu et abondant d'un liquide séreux pendant plusieurs jours permet de penser que la tumeur enlevée était en communication par son pédicule avec la cavité sous-arachnoïdienne. L'enfant guérit cependant sans accidents cérébraux.

M. BLOT. Je crois que l'opération pourrait être tentée pour certains encéphalocèles. J'ai eu l'occasion d'observer un enfant qui portait à la racine du nez une tumeur aussi volumineuse que la tête d'un fœtus à terme. Après la mort j'examinai avec grand soin cette tumeur; M. Nélaton désira prendre part à cet examen. Elle ne contenait aucune portion du cerveau, mais renfermait un prolongement de ses enveloppes. La communication était si étroite que je me demandai si à l'aide d'une ligature on ne serait pas arrivé à détruire cette tumeur sans grand danger.

M. BROCA. Je ferai remarquer que souvent cette disposition a été rencontrée dans le spina bifida, et que, tout compte fait, les indications chirurgicales restent fort incertaines.

Moignons coniques. — Résection de l'extrémité osseuse.

M. VERNEUIL fait hommage à la Société de la thèse inaugurale de M. Alphonse Deu, l'un de ses élèves. Ce travail, où l'auteur s'occupe de la saillie de l'os après l'amputation de la cuisse, a surtout pour but de montrer l'avantage de la résection de l'extrémité osseuse saillante. En incisant la couche des bourgeons charnus, en refoulant les tissus qui recouvrent immédiatement l'os, on arrive sans délabrement, par une opération simple, à modifier heureusement la forme du moignon.

— **M. TRÉLAT** a eu l'occasion de pratiquer une opération sem-

blable à la Charité, sur un malade chez lequel le fémur faisait une saillie de 00,5 à 00,6. Les résultats en furent avantageux, malgré le mauvais état général du malade, qui mourut plus tard d'une phthisie pulmonaire.

DISCUSSION.

Étiologie des luxations dites congénitales de la hanche.

M. BROCA. Lorsque M. Verneuil nous fit son intéressante communication, je crus qu'il voulait seulement ajouter une nouvelle variété de luxations spontanées à celles qui étaient déjà réunies sous le nom de luxations congénitales. Mais, après avoir lu son mémoire dans les *Bulletins*, et après avoir entendu la discussion de mercredi dernier, je me suis aperçu qu'il s'agissait de tout autre chose. Notre collègue ne se borne pas à demander l'hospitalité pour la variété nouvelle qu'il apporte, il soutient que cette variété représente, à elle toute seule, l'affection connue sous le nom de *luxation congénitale*.

Sa doctrine peut se résumer en ces deux propositions : 1° les luxations dites congénitales ne sont pas congénitales ; 2° ces luxations sont la conséquence de la paralysie des muscles de la hanche, paralysie qui n'est qu'un cas particulier de l'affection connue sous le nom de *paralysie de l'enfance*. De là le nom de luxations paralytiques qu'il propose de donner d'une manière générale à celles que nous avons jusqu'ici appelées congénitales.

M. Verneuil, toutefois, ne nie pas l'existence de certains déplacements congénitaux de l'articulation coxo-fémorale, mais il nie que ces déplacements congénitaux, de natures très-diverses, puissent constituer une unité pathologique et fournir l'étiologie de l'affection décrite par les cliniciens sous le nom de luxation congénitale. N'est-ce pas en effet constituer une luxation artificielle que de réunir en un seul et même groupe les luxations par malformation, celles qui sont produites par des arthrites ou des hydarthroses intra-utérines, celles qui sont dues à la rétraction convulsive des muscles du fœtus, et celles qui sont la conséquence des manœuvres obstétricales?

M. Verneuil avait pu donner plus de force encore à son argument, en allongeant beaucoup la liste des causes auxquelles on a cru pouvoir attribuer les luxations congénitales de la hanche. Je le remercie de ne l'avoir pas fait, mais je trouve que sa liste, quoique modérée, est encore trop longue, car des quatre causes qu'il a énumérées, je ne puis en admettre que deux.

Et d'abord il a reconnu lui-même que les luxations obstétricales sont tout à fait étrangères au débat. Si elles existent, ce qui jusqu'ici est plus que douteux, elles se rangent tout simplement parmi les luxa-

tions traumatiques; la déchirure nécessaire de la capsule les différencie absolument de celles que nous étudions. Il est clair d'ailleurs qu'elles ne sont pas congénitales ; nous sommes parfaitement d'accord sur ce point. Les quatre causes énumérées par M. Verneuil se trouvent donc déjà réduites à trois.

Je lui demanderai maintenant la permission de les réduire à deux, en rejetant les luxations par rétraction musculaire. Je sais bien que M. J. Guérin a émis une théorie générale en vertu de laquelle la plupart des difformités congénitales seraient dues à la rétraction musculaire qui accompagne les convulsions du fœtus. Cette théorie, établie principalement en vue de l'explication des pieds-bots congénitaux, a été appliquée, entre autres, aux luxations congénitales de la hanche. Je ne pourrais la répéter sans déplacer entièrement la discussion, mais je puis m'en dispenser, car je crois savoir que M. Verneuil ne l'admet pas plus que moi. Nous sommes donc encore d'accord sur ce point, et, des quatre causes qu'il a énumérées, il n'en reste plus que deux, savoir : les malformations primitives du squelette de la hanche et les lésions pathologiques des parties molles de cette articulation (ligaments, synoviale, paquet graisseux cotyloïdien).

L'argument de M. Verneuil se trouve ainsi atténué, mais ne perd pas pour cela toute sa force. Et en effet il peut, au premier abord, sembler difficile de réunir en une seule et même espèce morbide, appelée luxation congénitale, deux groupes de lésions aussi différents que le sont les malformations et les maladies articulaires intra-utérines.

Mais je ferai remarquer que l'espèce ici est caractérisée par le déplacement et non par la cause du déplacement. Deux causes différentes peuvent aboutir au même résultat, surtout lorsque celui-ci consiste seulement en une disposition qui donne prise à des actions mécaniques. Ce qui existe au moment de la naissance, le plus souvent du moins, c'est moins une luxation véritable qu'une tendance à la luxation. La luxation, presque toujours, ne se manifeste ou du moins ne se complète que lorsque l'enfant commence à marcher, et lorsque le poids du corps vient exercer une action mécanique sur une articulation dont l'équilibre et la solidité sont insuffisants. S'il s'agit d'une malformation, si par exemple la tête fémorale et la cavité cotyloïde n'ont pas cette forme rigoureusement sphérique qui leur permet de coïncider exactement et d'être maintenues en rapport, même après la destruction de tous les ligaments, par la pression atmosphérique, l'articulation est peu déformée, mais elle est privée d'une des conditions essentielles de son équilibre, et lorsque l'enfant vient à marcher elle cède sous le poids du corps. S'il s'agit d'une maladie qui a diminué la résistance, ou accru la longueur des ligaments, la défor-

mation primitive de la hanche est encore relativement très-légère ; mais elle s'aggrave ensuite par la marche. Et même dans les cas, assez rares du reste, où le déplacement articulaire est assez prononcé au moment de la naissance, pour pouvoir être reconnu avant l'autopsie, il est encore bien moindre qu'il ne le deviendra lorsque l'enfant aura marché. Ainsi, malgré la diversité primitive, nos deux groupes de causes préparent le même résultat, en produisant un défaut d'équilibre et de solidité qui modifie les conditions de la station et de la marche ; et si l'affection au bout de quelques années revêt la même forme, présente les mêmes symptômes, et jusqu'aux mêmes lésions, il ne faut pas s'en étonner, puisque, dans l'un et l'autre cas, la relaxation relative des os et des ligaments est déterminée par la même cause ; le poids du corps pendant la marche.

M. Verneuil est le premier à reconnaître la réalité de ces déplacements articulaires chez certains nouveau-nés. Il en a disséqué un cas, il en cite un autre qui m'appartient, il connaît et admet ceux de M. Parise, etc. Mais pour lui ce ne sont pas des luxations congénitales; sous quel nom pourtant pourrait-on les désigner? Le déplacement des os le plus souvent n'est pas achevé, mais il est commencé, il est destiné *inévitablement* à se compléter plus tard, à devenir très-considérable. C'est donc une luxation, et cette luxation est congénitale, puisque elle a débuté pendant la vie intra-utérine. De sorte que, si M. Verneuil parvenait à prouver que la maladie attribuée jusqu'ici par les cliniciens à une luxation congénitale est toujours consécutive à la naissance et due à la paralysie de l'enfant, le nom de luxation congénitale devrait être réservé précisément pour les déplacements congénitaux dont je viens de parler, et auxquels mon honorable collègue veut refuser ce nom.

Mais, ajoute-t-il, ces déplacements constatés chez les nouveau-nés sont trop rares, trop exceptionnels, pour rendre compte d'une espèce de claudication qui, sans être commune, se présente pourtant de temps à autre à tous les chirurgiens. Mais est-il vrai que les déplacements en question soient si rares au moment de la naissance ? J'en connais pour ma part onze cas, et c'est beaucoup si l'on songe que la plupart des fœtus apportés dans les amphithéâtres ne sont pas disséqués, ne sont pas même examinés. Le hasard peut faire qu'on ouvre leur articulation, mais il est clair que dans l'immense majorité des cas on les mène au cimetière sans avoir procédé à cet examen. Voilà pourquoi les autopsies de luxation congénitale sont si rares. Il n'existe dans la science qu'une seule série de recherches faites dans ce but. Lorsque M. Parise était interne à l'hôpital des Enfants trouvés, Auguste Bérard l'engagea à disséquer l'articulation coxo-fémorale de tous

les très-jeunes enfants qui mouraient dans l'hôpital. Sur 332 cadavres qui furent ainsi étudiés, M. Parise en trouva trois qui présentaient, d'un seul côté ou des deux côtés, des luxations congénitales de la hanche. Il trouva plus tard un quatrième cas de luxation double, mais je ne le compte pas ici, parce qu'il ne fait pas partie de la série des 332. Ainsi, d'après la seule série connue, les luxations congénitales du fémur sont si loin d'être rares, qu'elles paraissent exister près d'une fois sur 100, soit une fois sur 110. Certes, il n'en faudrait pas tant pour expliquer le nombre des cas de luxation congénitale que nous rencontrons dans la pratique, dans une proportion indéterminée mais probablement beaucoup moindre. La différence s'explique sans doute par cette circonstance que les luxations congénitales se produisent de préférence chez les fœtus chétifs et peu vivaces.

Quelque sommaire que soit l'exposé qui précède, j'en ai dit assez, je pense, pour montrer que la doctrine classique repose sur des faits parfaitement précis, sur des observations suffisantes nombreuses, et qu'elle n'est nullement hypothétique.

Je n'oserai en dire autant de la doctrine de M. Verneuil. A l'appui de cette doctrine, et pour nous montrer comment il y a été conduit, il nous cite trois observations que je vous demande la permission de rappeler.

La première est celle du petit garçon des Ardennes qui boitait depuis l'âge de deux ou trois ans. Dans la flexion exagérée, la tête du fémur devenait saillante, il y avait relâchement des liens articulaires, mais non pas luxation. Le succès de l'électrisation conseillée comme traitement en donne bien la preuve.

Je puis en dire autant du second fait, où d'ailleurs un diagnostic contradictoire fut posé. Sans me permettre de choisir entre les deux opinions émises, je puis du moins penser que le cas était douteux.

Du reste, dans ces deux cas, la paralysie musculaire suffisait bien pour expliquer la claudication.

Ces deux premiers faits me paraissent étrangers au sujet. Le troisième s'y rattache peut-être, mais il diffère essentiellement des deux autres. Dans ce cas, la tête du fémur rentrait et sortait à volonté de son cotyle. Cet enfant avait eu à quatre ans une maladie aiguë et des convulsions. Il avait été ensuite affecté de paralysie de différents groupes musculaires, il avait été, en un mot, atteint de cette maladie aujourd'hui bien décrite sous le nom de paralysie essentielle de l'enfance. M. Verneuil ne pouvait manquer de le reconnaître, et dans sa pensée cette paralysie essentielle, lorsqu'elle atteint le groupe des fessiers, serait la véritable cause de la luxation dite congénitale du fémur.

Les objections à faire à une semblable manière de voir sont très-nombreuses. Tout d'abord, la paralysie essentielle n'a aucune prédilection pour un sexe déterminé. Tout au contraire, les luxations congénitales du fémur sont surtout observées chez les petites filles, la proportion est comme 4 est à 1.

La paralysie essentielle a une marche bien connue, et les phénomènes qui la préparent ou qui l'annoncent ne peuvent passer inaperçus. Sans doute, elle peut débuter quelquefois sans phénomènes généraux. Mais cela a été à peine observé dans un dixième des cas, et l'on m'accordera qu'il n'y a aucune raison de penser que c'est précisément dans ces cas silencieux que se produit de préférence la luxation.

Ces symptômes du début, si connus, si frappants, la fièvre, quelquefois les convulsions, puis subitement la paralysie ordinairement très-étendue venant effrayer et surprendre alors que le diagnostic était encore en suspens ; tout cela ne saurait échapper à l'attention même des personnes étrangères à la médecine. Rien de pareil n'a jamais été écrit dans l'histoire des enfants atteints de luxations congénitales.

Je pourrais maintenant prendre la période de retour des fonctions musculaires abolies et dire que la paralysie rétrogradant de haut en bas, c'est plutôt sur les muscles de la jambe et de la cuisse que sur ceux du bassin, que porteront la paralysie et l'atrophie qui lui succède; mais je crois inutile de pousser plus loin ce parallèle.

L'observation nous fournit, contre l'hypothèse proposée par M. Verneuil, des arguments aussi péremptoires.

Si la luxation, en effet, avait succédé à la paralysie et à l'atrophie, les muscles fessiers devraient être paralysés et atrophiés chez tous les individus jeunes ou adultes, atteints de luxation congénitale. Il n'en est rien. L'examen des malades permet de retrouver des muscles fessiers, et la dissection vient à l'appui de la clinique. J'ai, pour ma part, déposé au musée Dupuytren une pièce disséquée chez un adulte. Ces fessiers n'étaient nullement graisseux et présentaient un volume très-convenable.

Je me résume et je dis, d'une part, que le groupe morbide désigné sous le nom de luxation congénitale est parfaitement démontré, et d'autre part, qu'en voulant créer une nouvelle espèce à ajouter à ce groupe, M. Verneuil n'a pas fourni une suffisante démonstration de ce qu'il avance.

Je dois, avant de terminer, aborder un argument dont s'est servi M. Verneuil. Il nous dit que les luxations dites congénitales peuvent en définitive se produire à diverses époques de la vie ou au moins

de l'enfance. Je lui accorde que l'on peut voir se produire chez les enfants des déboitements spontanés faciles à confondre avec les luxations de naissance. Je vais même plus loin, et je lui accorde que la paralysie des muscles fessiers peut être l'une des causes de ces luxations spontanées.

Mais si je crois à la possibilité de ces derniers faits, je ne puis encore admettre que leur réalité soit bien établie. C'est une question toute à l'étude ; les observations sont peu claires, et je n'ai pas eu l'occasion d'en recueillir.

Ces faits, d'ailleurs, s'ils venaient à être démontrés, obligeraient à créer un groupe particulier bien distinct des luxations congénitales, et ils ne sauraient non plus permettre de douter de leur existence.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 18 JUILLET 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Paris;

L'extrait de la clinique de l'établissement hydrothérapique de Longchamps, à Bordeaux.

M. LE PRÉSIDENT demande à la Société de suspendre ses travaux pendant un mois. Les réparations à effectuer dans son local demanderont un mois au moins. Cette raison obligera sans doute la compagnie à prendre des vacances, bien que cela soit en dehors de ses habitudes et du règlement.

La proposition de M. le président ayant été adoptée par la Société, les séances seront suspendues pendant un mois, à compter du 25 juillet.

DISCUSSION.

Étiologie des luxations congénitales de la hanche.

M. BOUVIER. Je désire compléter ma pensée sur un point. J'ai dit, dans l'avant-dernière séance, que je n'avais pas vu la paralysie fes-

sière dans la luxation congénitale ordinaire du fémur, que j'avais trouvé, dans ce cas, les fesses bien développées. Mais je n'ai pas voulu dire qu'elles le fussent autant que chez les sujets bien conformés. La totalité du membre luxé est toujours moins développée qu'un membre sain, et la fesse participe plus ou moins à cet arrêt de développement. Cette sorte d'atrophie relative est peu marquée dans les premières années de la vie; elle devient plus sensible avec l'âge. Si M. Verneuil voulait arguer de ce fait en faveur de la théorie étiologique qu'il a proposée, la discussion serait portée sur un autre terrain; elle devrait rouler sur la différence qui existe entre l'atrophie simple et l'atrophie paralytique.

M. VERNEUIL. Malgré mon désir de ne point fatiguer l'attention de la Société, je demande à résumer brièvement mes opinions, qui, exposées en deux séances et peut-être sans méthode et sans clarté, ne me paraissent pas avoir été parfaitement comprises.

Le hasard me fait observer trois faits dans lesquels je constate une coïncidence entre la claudication, l'atrophie des muscles fessiers et une grande mobilité de la tête du fémur, mobilité qui permet à cette éminence de quitter plus ou moins complétement le cotyle dans la flexion forcée avec adduction et rotation en dedans, et d'y rentrer spontanément par le seul fait du redressement du membre.

Les sujets ont cinq ans, huit ans, onze ans.

Chez l'un d'eux, l'affection paraît remonter à la première enfance, peut-être à la naissance; chez un autre, elle est récente et survenue sans cause appréciable; chez le troisième, elle a paru vers l'âge de trois ou quatre ans, à la suite d'une maladie convulsive et paralytique.

Dans aucun cas, il n'y a luxation dans le véritable sens du mot, c'est-à-dire déplacement permanent. Mais ce déplacement est temporairement possible chez la petite fille et chez le jeune garçon hollandais.

La luxation est formellement admise par feu M. Martin.

Deux rapprochements me viennent à l'esprit. Je compare d'abord ces faits avec les luxations congénitales du fémur, puis ces dernières avec les déplacements consécutifs à la paralysie atrophique ou essentielle de l'enfance. J'étudie à nouveau l'étiologie des luxations congénitales du fémur, telle qu'elle est exposée dans les livres classiques, je trouve de nombreuses hypothèses, plus ou moins justifiées, mais qui ne me paraissent pas capables d'expliquer tous les faits. Je constate qu'on englobe sous le même titre des lésions de nature très-différente, que pour un certain nombre de cas la congénitalité est évidente, mais que pour d'autres elle n'est point admissible, et je pro-

teste, dès lors, contre un abus de langage qui applique l'épithète de congénitales à des luxations manifestement survenues à une époque plus ou moins éloignée de la naissance. Je reconnais du reste, qu'à l'autopsie de fœtus mort-nés, ou a trouvé des déplacements, dus soit à une malformation osseuse, soit à une maladie articulaire. (Je suis d'autant moins porté à nier ces faits, que j'ai fourni moi-même l'un des plus concluants.) Mais, ni l'anomalie originelle, ni la coxalgie intra-utérine, ne me paraissent capables d'expliquer certaines luxations survenues dans l'enfance, chez des sujets normalement conformés à la naissance. Alors je cherche ailleurs l'interprétation de ces derniers cas, qui, si rares qu'on les suppose, ne peuvent être contestés; et je crois le trouver dans la paralysie de l'enfance, affection dont la connaissance exacte ne remonte qu'à un petit nombre d'années, qui se localise souvent à un groupe musculaire isolé et qui d'ailleurs, en d'autres régions, amène également des déviations, déplacements, sub-luxations, luxations, que très-souvent autrefois on regardait comme congénitaux, et d'autant plus aisément qu'ils surviennent de très-bonne heure et n'entraînent que de minimes désordres anatomiques dans les jointures affectées.

Alors j'édifie modestement une théorie que je viens vous soumettre, sans chercher, bien entendu, à vous l'imposer, et que j'étaye de quelques preuves que je donne pour ce qu'elles valent. Je cite deux faits, dans lesquels le déplacement s'est effectué certainement après la naissance, lentement, insidieusement à partir de l'âge de quinze mois, comme chez la petite fille qui me fut envoyée par M. Bazin, et à la suite de convulsions, à l'âge de trois ans, comme chez la malade actuellement encore couchée dans mon service.

Quant aux trois premiers cas, je ne les ai jamais donnés comme des exemples de luxations; mais je me suis demandé s'ils ne constituaient pas une prédisposition au déplacement, s'ils ne répondaient pas précisément aux phases préparatoires encore inconnues qui précèdent l'issue de la tête et son séjour définitif et permanent dans la fosse iliaque.

Je n'ai point été guidé dans ces recherches par le seul désir de critiquer la classification et de rectifier un point de la nosographie. J'ai entrevu une application de ces idées à la thérapeutique. Le traitement des luxations dites congénitales est malheureusement très-limité et le plus souvent impuissant. Ceci s'explique pour les cas où le déplacement s'effectue pendant la vie intra-utérine; mais il en serait autrement, si parfois l'affection naissait et progressait dans la première enfance, on pourrait alors combattre les causes de la dislocation articulaire ou du moins les pallier en temps opportun. C'est pourquoi il

importe tant de rechercher l'époque précise où se montrent les premiers symptômes de la luxation.

Enfin si la congénitalité est évidente pour quelques cas, elle est douteuse pour d'autres et inadmissible pour d'autres encore, et pourtant on continue, d'après les symptômes, à donner à tous les cas la même dénomination ; c'est pourquoi j'ai proposé une réforme dans le langage : j'ai demandé que le premier qualificatif fût tiré de la nature du mal, qu'on dise, par exemple, luxation traumatique, coxalgique, paralytique, et que l'on y ajoute l'épithète de congénitale comme indiquant accessoirement l'époque d'apparition quand il serait bien démontré qu'elle a précédé la naissance.

Voici, messieurs, mon opinion tout entière, résumée aussi brièvement que possible.

Mes honorables collègues, MM. Bouvier et Broca, ont bien voulu s'en occuper et en faire la critique. J'ai répondu à M. Bouvier ; c'est contre M. Broca que je vais me défendre aujourd'hui. L'argumentation assez vive de mon honorable ami peut, si je ne me trompe, se résumer de la manière suivante :

L'existence des luxations congénitales du fémur est parfaitement établie et prouvée par des autopsies assez nombreuses, l'étiologie en est bien connue, et les théories actuellement en vigueur sont très-suffisantes. Il était donc inutile de créer un néologisme qui jette la confusion là où existait la clarté. En supposant que j'aie découvert des faits nouveaux, ce qui d'ailleurs n'est point démontré, ils n'auraient aucun rapport avec les luxations congénitales, et leur explication par la paralysie essentielle de l'enfance reposerait également sur une assimilation tout à fait erronée ; j'aurais donc édifié sur une hypothèse sans base, et introduit une théorie nouvelle dont le besoin ne se faisait nullement sentir. J'en conclus que si M. Broca avait raison, j'aurais eu tort de faire ma communication. Ne me croyant pas si coupable, je vais m'efforcer de répondre à mon honorable ami qui, ce me semble, n'a pas exactement saisi ma pensée, ni tenu compte suffisant des arguments complémentaires que j'ai fournis en répondant à M. Bouvier.

M. Broca trouve d'abord que j'ai trop multiplié les espèces de luxations congénitales qui, d'après lui, peuvent se réduire à deux : les malformations articulaires et les déplacements symptomatiques d'une coxalgie intra-utérine. Il rejette les luxations traumatiques, dues à des manœuvres obstétricales, et les déplacements consécutifs à la rétraction musculaire. Mais il y a ici un malentendu ; comme M. Broca, je ne regarde comme bien démontrées que les deux premières espèces, encore m'en coûte-t-il de ranger parmi les luxa-

tions les cas où la tête du fémur manque en totalité, et primitivement je rejette nettement les luxations qui seraient imputables à l'accoucheur, parce que, fussent-elles mieux prouvées, elles ne mériteraient point l'épithète de congénitales. Quant à celles qui résulteraient de la rétraction musculaire, j'ai introduit des réserves que je maintiens encore. Je fais allusion aux cas invoqués par M. J. Guérin, à l'appui de la théorie générale des déplacements articulaires congénitaux.

M. Broca nie résolûment cette théorie. Je suis moins absolu ou du moins je pense que ni la coxalgie intra-utérine, ni les malformations articulaires n'expliquent d'une manière satisfaisante les luxations coxo-fémorales observées par M. Guérin sur trois fœtus monstrueux.

Quoi qu'il en soit, n'y eût-il que deux espèces, je me croirais autorisé à nier l'unité des luxations congénitales. Pour soutenir cette unité, M. Broca avance une hérésie nosographique ; pour lui *l'espèce morbide c'est le déplacement*, lequel, à la vérité, reconnaît plusieurs causes. Je pense tout à fait autrement. Le déplacement n'est qu'un symptôme et la terminaison fortuite de plusieurs états pathologiques essentiellement distincts. La véritable espèce morbide est constituée par un ensemble de caractères anatomiques, étiologiques, symptomatologiques. L'arthrite coxo-fémorale est une espèce morbide ; la malformation des surfaces articulaires en est une autre, ainsi que la paralysie musculaire avec ses causes et les lésions qui l'accompagnent ou la suivent, y compris la luxation.

Je ne veux pas transporter le débat sur le terrain de la pathologie générale, mais je maintiens qu'un déplacement observé à la naissance peut être l'effet, le symptôme de plusieurs espèces morbides dont il constituera le seul caractère commun, et conséquemment que l'unité n'existe pas plus pour les luxations congénitales que pour celles qu'on observe chez l'adulte.

M. Broca a surtout pris la parole pour défendre les théories étiologiques que j'attaquais, ou pour mieux dire que je trouvais insuffisantes ou hypothétiques d'après lui. Les causes des luxations congénitales sont bien connues; cette assertion m'étonne infiniment.

M. Broca sait tout aussi bien que moi que pour la seule luxation de la hanche il existe au moins six théories dont la plupart manquent de preuves, et dont les meilleures sont encore obscures en plus d'un point; que, si nombreuses qu'elles soient, ces théories ne sauraient s'appliquer aux déplacements qui atteignent les autres articulations, par exemple l'épaule, le coude, etc.; que la paralysie musculaire qui intervient si évidemment dans la production du pied-bot n'a pas encore été invoquée pour la hanche : c'est pourquoi, contrairement à

mon collègue, j'affirme que tout ce chapitre est à revoir, et qu'il faut, entre autres nécessités, faire intervenir pour toutes les articulations la paralysie musculaire et chercher à préciser la part qui lui revient dans la production des déplacements. Pour un bon nombre de ces luxations dites congénitales, ce n'est pas seulement l'étiologie qui est obscure, la congénitalité elle-même est douteuse. Je me rencontre ici avec des chirurgiens éminents, Gerdy et Malgaigne entre autres ; j'ai cité, d'après les auteurs et d'après mes propres observations, un certain nombre de cas où l'affection s'était évidemment développée après la naissance chez des sujets très-bien conformés en venant au monde, et qui même avaient marché naturellement pendant un certain temps ; ces faits sont fort embarrassants pour mes honorables contradicteurs; aussi comment les réfutent-ils ? M. Bouvier dit que la luxation existait, mais qu'elle a été méconnue par tout le monde. C'est une fin de non-recevoir ; M. Broca ne les accepte pas davantage, il pense que, d'abord incomplètes, elles passent inaperçues et ne deviennent évidentes que par suite des premiers essais de la marche. Il a même considéré, et je ne sais sur quoi il se fonde, la malade citée par M. Maissiat comme affectée d'arthrite sèche. Si j'ai émis une hypothèse, il me semble que mes contradicteurs en émettent à leur tour et d'assez singulières. Pour ma part, j'ai vu des luxations intra-utérines ; j'ai lu les observations recueillies par Paletta et M. Tarnier, et j'en ai conclu que, même chez le fœtus à terme, la dislocation de la hanche s'annonçait par des signes très-évidents qui n'auraient guère pu passer inaperçus pendant une année et plus, surtout à l'œil de parents inquiets ou de praticiens exercés.

M. Broca fait encore une hypothèse quand il dit que les luxations congénitales observées dans l'enfance ne sont pas autre chose que des déplacements intra-utérins qui n'ont pas entraîné la mort. On exige de moi que je fournisse une observation complète, commençant à la paralysie essentielle et finissant à la luxation confirmée. J'ai le droit d'être aussi exigeant et de demander un fait dans lequel la luxation observée à la naissance aura été suivie pendant l'enfance à la jeunesse et jusqu'à la confirmation nécropsique inclusivement.

Enfin, M. Broca a contesté le rapprochement que j'avais tenté entre la paralysie essentielle et certains déplacements dits congénitaux. La paralysie, dit-il, n'affecte aucune prédominance pour le sexe féminin, et les luxations congénitales du fémur sont infiniment plus fréquentes chez les filles. Je n'ai rien à répondre à cet argument, mais les chiffres fournis sous ce rapport par Dupuytren me paraissent sujets à révision. M. Broca ajoute que la paralysie essentielle est à peu près toujours précédée de prodromes fébriles et que ceux-ci n'ont jamais été notés

dans les antécédents des luxations congénitales. Mais les auteurs sont très-loin d'être d'accord sur ces prodromes aigus. M. Laborde les croit, à la vérité, très-fréquents. Mais d'autres, MM. West, Duchenne (de Boulogne), etc., admettent au contraire que la paralysie débute souvent de la façon la plus brusque, la plus inattendue; et d'ailleurs, ces prodromes souvent ne durent qu'un jour. Or, quel est l'enfant qui n'a pas présenté un ou deux jours de fièvre dans les premières années de la vie? Est-il donc surprenant que l'on n'en ait pas gardé le souvenir lorsque, ce qui est le cas le plus commun, on consulte pour la claudication vers la cinquième ou sixième année, et quelquefois plus tard?

La marche de la paralysie et la disparition de la faiblesse musculaire se font de haut en bas : donc, ajoute M. Broca, comment concevoir que le groupe des muscles fessiers reste affecté, quand au contraire ils devraient reprendre les premiers leur fonction? A quoi je répondrai que cette marche est loin d'être constante, et que si, à la vérité, les pieds-bots paralytiques sont communs au membre inférieur, c'est justement le groupe scapulo-deltoïdien qui, au membre supérieur, reste le siége d'élection de la paralysie persistante.

Je ne veux pas prolonger indéfiniment cette polémique, mais seulement prouver à mes collègues que j'ai sérieusement réfléchi avant de leur soumettre des opinions qui démontrent au moins la nécessité de nouvelles recherches sur un sujet beaucoup moins connu qu'on ne pouvait le croire.

M. BOUVIER. M. Verneuil vient de me faire dire qu'une luxation qui survient à quinze mois est congénitale. Je n'ai rien pu dire de semblable. Mes réflexions ne s'appliquent qu'au cas particulier de M. Verneuil, et je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit. L'observation de Pravaz n'est d'ailleurs pas plus concluante. M. Verneuil vient de nous la citer, j'avais eu soin de la relire avant de prendre la parole. Pravaz a soin de faire remarquer que l'enfant avait toujours boité d'une manière insensible avant le moment où elle fut soumise à son observation. Quoique la luxation ait été observée à sept ans, je serais disposé à la regarder comme congénitale. Mais personne n'a jamais appelé congénitales des luxations survenant après la naissance, quand la filiation des symptômes ne permet pas de les rattacher à la vie intra-utérine.

M. VERNEUIL. Je n'ai pas attribué à M. Bouvier l'opinion qu'il vient d'exprimer à propos de mon observation. Ce qui nous sépare, à propos de ce fait, c'est que jo me crois fondé à penser que la luxation s'est produite après la naissance, tandis que M. Bouvier conserve l'opinion contraire.

M. BROCA. Je m'étonnerais d'être sorti de mes habitudes pour M. Verneuil. Je partage souvent ses opinions et suis toujours prêt à témoigner toute ma sympathie pour sa personne. Mais, dans le débat actuel, je suis encore prêt à combattre sa théorie.

Je ne reproduirai pas mes arguments. Je remarquerai seulement que si M. Verneuil n'avait avancé que ce qu'il soutient aujourd'hui, je ne l'aurais pas argumenté. Mais il ne s'est pas borné à nous dire qu'il existait une variété de luxation qui se produit de bonne heure, que l'on peut confondre avec la luxation de naissance, et qui est due à une atrophie musculaire survenue à la suite d'une attaque de paralysie de l'enfance. Ces faits n'ont pas encore été observés, mais je suis prêt à en admettre la possibilité.

Il avait voulu bien davantage. Dans son opinion première, cette étiologie nouvelle devait prendre la place des causes anciennement reconnues. Et cependant l'anatomie pathologique leur prêtait son appui, et M. Verneuil lui-même lui avait apporté le concours de ses habiles dissections.

M. Verneuil, qui vient de nous dire que j'ai pris la défense de la théorie de Parise, sait bien que ce chirurgien avait supposé l'hydarthrose, qui n'a été démontrée que par les deux cas qui nous appartiennent.

J'ai dit d'ailleurs que dans la majorité des cas il fallait reconnaître qu'il existait une malformation congénitale. Je défends donc l'opinion soutenue par Paletta, Dupuytren, Gerdy.

Je sais bien que lorsque l'on diagnostique une luxation congénitale chez un enfant qui se met à boiter lorsqu'il commence à marcher, on se rend un peu coupable d'hypothèse. Mais n'a-t-on pas en sa faveur l'observation et les dissections? N'est-il pas facile de comprendre que le poids du corps, ou simplement le poids des membres inférieurs puisse rendre sensible une malformation dans une articulation qui exige avant tout, pour son fonctionnement, un si parfait rapport dans la conformation des surfaces osseuses qui la constituent? Et, que le déplacement soit dû à une malformation, à une hydarthrose ou à une coxalgie, n'est-ce pas la luxation qui est le fait important et qui constitue l'espèce morbide?

Je ne dirai plus qu'un mot à propos de la paralysie essentielle de l'enfance. Je sais que les phénomènes fébriles du début peuvent passer inaperçus. J'ai dit dans quelles proportions, d'après M. Laborde. M. Verneuil trouve cette évaluation exagérée. Mais en admettant même que les phénomènes fébriles ne soient pas observés, qu'il ne faille pas en tenir compte, reste toujours la paralysie étendue qui n'échappe à personne. J'ai dit et je répète que jamais semblable com-

mémoratif n'avait été inscrit dans les observations de luxations congénitales de la hanche.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 29 AOUT 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société reçoit les journaux de médecine parus depuis un mois.

Des demandes de congé de MM. Broca, Trélat, A. Guérin, Foucher, Guyon. (Renvoyé à la Commission des congés.)

La Société reçoit : de M. le docteur Ehrmann (de Mulhouse), membre correspondant, un mémoire intitulé : *Observations d'uranoplastie; trois nouveaux faits de divisions congénitales; uranoplastie et staphyloraphie; guérison complète.* A ce travail sont jointes deux pièces en plâtre moulées sur nature.

Le mémoire de M. Ehrmann sera lu dans une prochaine séance.

— M. Brouzet fait hommage à la Société de la première partie d'un mémoire imprimé, intitulé : *Des indications et des contre-indications de la réunion immédiate après les amputations des membres et les opérations en général.*

M. Brouzet demande son inscription sur la liste des candidats, au titre de membre correspondant.

— M. Follin présente, au nom de M. le docteur Patry (de Sainte-Maure), ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'hôpital de Sainte-Maure :

1° Un travail manuscrit intitulé : *Mémoire sur deux cas d'anus contre nature, guéris par la suture;*

2° Deux mémoires imprimés, l'un : *Sur la gangrène des membres dans la fièvre typhoïde;* l'autre : *Sur les applications de l'eau froide dans le traitement des plaies.*

Le mémoire imprimé est renvoyé à une Commission composée de MM. Follin, Tarnier et Tillaux.

— M. Giraldès présente, au nom de M. Thévenin, une thèse intitulée : *Considérations sur le traitement du bec-de-lièvre compliqué.*

— M. Velpeau présente, au nom de M. Henri Dumont, la reproduction en plâtre d'une monstruosité du membre thoracique droit sur un sujet de douze ans; cette pièce, accompagnée d'une note, est renvoyée à l'examen de M. Tillaux, qui en rendra compte dans une prochaine séance.

A propos de la correspondance :

Anus contre nature.

M. CHASSAIGNAC mentionne un cas d'anus contre nature de la région ombilicale, traité par lui avec succès, au moyen de la suture directe, sans dissection des parois intestinales. On se borna à raviver le pourtour de l'anus anormal. Mais on pratiqua une suture double, l'une pour l'orifice aponévrotique (suture profonde), l'autre pour l'orifice cutané. La science ne possède qu'un très-petit nombre de cas de succès, par la suture directe. Et il est certain que si l'orifice aponévrotique n'est pas l'objet d'une attention spéciale, la suture faite à l'orifice cutané échoue inévitablement. L'observation a été publiée dans un mémoire sur les hernies ombilicales latentes. (*Traité d'opérations,* t. II, p. 695.)

COMMUNICATION.

M. GUÉNIOT lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, un travail intitulé : *Cas de paralysie du bras chez un nouveau-né extrait à l'aide du forceps.* (Commissaires : MM. Guyon, Tarnier, Blot.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Tumeur kystique du testicule.

M. LÉON LEFORT. La tumeur que j'ai l'honneur de présenter à la Société a été enlevée par moi il y a quelques jours, sur un jeune homme de vingt ans environ.

Cet homme, qui habite la campagne, avait éprouvé depuis quinze mois des douleurs dans le testicule droit, mais sans qu'il y eût augmentation appréciable de volume. Il y a trois mois, une contusion de ce même testicule amena un gonflement assez notable qui fut regardé comme une orchite traumatique. La tumeur ne diminuant pas, mais continuant au contraire à croître, on pensa à un hématocèle.

Lorsque je vis ce malade pour la première fois, il y a quinze jours, une ponction avait été faite quelques jours auparavant, mais elle n'avait donné issue qu'à du sang mêlé de sérosité.

Une inflammation assez notable s'y était développée, la tumeur était dure, présentant çà et là quelques points assez dépressibles. La pression en arrière et en bas donnait la douleur propre au testicule. Une sonde introduite par l'ouverture faite, que j'agrandis un peu sur la sonde cannelée, rencontrait partout une notable résistance. Je laissai envisager au malade la possibilité de l'urgence d'une opération.

Rappelé pour la seconde fois auprès de lui, huit jours après ma première visite, je trouvai la tumeur notablement augmentée; un champignon de tissus fongueux faisait saillie par l'ouverture faite à la face antérieure du testicule. Nous crûmes à un encéphaloïde, et je pratiquai le lendemain la castration.

La tumeur incisée par le milieu présente un nombre considérable de petits kystes, les uns opalins, les autres blanchâtres; les uns transparents, les autres demi-opaques. A la surface et à la partie antérieure de la tumeur, on retrouve le tissu testiculaire intact, étalé et aplati; mais en arrière et en bas on retrouve presque intacte le testicule ou l'épididyme, car il est difficile de se prononcer à cet égard; mais cette portion de la tumeur présente l'aspect normal du tissu testiculaire.

Je n'ai pu encore faire l'examen microscopique, de sorte qu'il m'est impossible d'affirmer si nous avons affaire à une transformation kystique du testicule, ou à un encéphaloïde avec kyste. L'intégrité de la plus grande partie du testicule, son isolement complet d'avec le reste de la tumeur, le petit volume des kystes me font pencher pour ce dernier diagnostic.

DISCUSSION.

M. LABORIE. J'ai eu l'occasion d'observer à l'asile de Vincennes un cas fort curieux de tumeur du testicule.

Les détails relatifs à ce fait important sont consignés dans l'observation suivante, recueillie par M. Hurel, interne du service :

D..., René, âgé de trente-sept ans, serrurier, entre à l'asile impérial de Vincennes le 21 juin. Il présente une tumeur du testicule droit, le diagnostic porté est sarcocèle cancéreux.

Le début des accidents remonte au mois de janvier 1866.

Jusqu'à cette époque, rien ne semblait indiquer que cet homme dût avoir le triste privilége de cette affection. Il avait seulement remarqué que le testicule droit était plus volumineux que le gauche.

Vers l'âge de onze ans, il a eu une adénite inguinale, idiopathique, du même côté, qui suppura pendant trois semaines et dont il porte la cicatrice.

Il y a dix ans, il contracta une blennorrhagie qui dura dix jours. Sa santé n'a pas subi d'autres atteintes.

Au mois de janvier dernier, sans cause apparente, ni violence d'aucune espèce, il remarqua vers la partie inférieure et postérieure du scrotum à droite, un cordon dur, roulant sous les doigts, insensible au toucher et ne donnant pas lieu à des douleurs spontanées.

Pendant deux mois cet état resta stationnaire. A partir du mois de mars, les symptômes s'accrurent, l'affection marcha rapidement. Des douleurs spontanées, lancinantes, se firent ressentir le long de ce cordon, irradiant jusque dans la cuisse.

Peu à peu le malade sentit l'induration s'étendre du côté externe du cordon, qui deux mois auparavant avait éveillé son attention, et envelopper le testicule ; si bien que, vers la fin d'avril, la tumeur avait revêtu son caractère propre.

Jusqu'alors, il avait toujours continué son travail ; mais, effrayé de voir son testicule grossir ainsi, et très-gêné d'ailleurs par le volume et le poids de la tumeur, il se décida à venir consulter M. Cusco, à l'hôpital de Lariboisière, dans le service duquel il entra. M. Cusco, diagnostiqua un cancer du testicule. Il fit une ponction exploratrice, quelques gouttes de sang s'écoulèrent. On se contenta de faire appliquer des cataplasmes.

Sorti du service de M. Cusco où il resta neuf jours, il reprit ses occupations ; mais des douleurs lombaires jointes à celles de la tumeur, la gêne de plus en plus grande que lui causait son testicule, qui chaque jour, augmentait de volume, le forcèrent de cesser définitivement tout travail.

Il entre donc le 17 mai chez M. Verneuil, quinze jours après sa sortie de l'hôpital.

La tumeur n'avait pas encore acquis son volume maximum. Les douleurs lancinantes devinrent plus fortes.

A son entrée chez M. Verneuil il pouvait se lever et marcher ; à sa sortie le 21 juin, la marche lui était presque impossible.

M. Verneuil diagnostiqua également un sarcocèle; mais il ne voulut pas tenter l'opération, pensant que l'affection remontait jusque dans l'abdomen. Du reste, le malade nous déclara qu'à ce moment, la partie correspondante au cordon avait un volume plus grand, et que la tuméfaction s'élevait plus haut qu'à l'époque de l'opération.

Pendant son séjour dans le service de ce chirurgien distingué, il

eut des épistaxis et cracha un peu de sang; nous sommes portés à croire que ces crachats sanguins étaient dus à l'épistaxis.

Le traitement que lui fit suivre M. Verneuil fut le suivant :

Cataplasmes; frictions avec l'onguent napolitain; iodure de potassium à l'intérieur; vésicatoires à la région inguinale.

La santé générale, jusque-là peu affectée, s'altère. Le malade maigrit, perd ses forces. Peu d'appétit; digestions difficiles; sommeil troublé. Peut-être l'ennui a-t-il contribué à amener ce résultat, car le malade demandait son exeat et arrivait à Vincennes le 21 juin.

M. Laborie le voit le lendemain, et, après un examen attentif de la tumeur, il se range à l'avis de MM. Cusco et Verneuil. Pour lui aussi, le malade est atteint d'un sarcocèle cancéreux, seulement il ne croit pas à l'envahissement du cordon.

Voici ce qu'il constate :

Le côté droit du scrotum est occupé par une tumeur volumineuse, ovoïde, à surface presque uniforme, d'une consistance élastique, offrant par place une certaine dépressibilité, donnant la sensation d'une vague fluctuation.

La peau est saine et paraît libre d'adhérences. Il n'existe pas de dilatation des veines sous-cutanées, ni de ganglions inguinaux.

La tumeur est sans transparence, pesante, si on la soulève dans la main; son volume est considérable, comme on peut en juger par les chiffres suivants :

a. Diamètre de la circonférence vers la partie la plus grosse : 29 centimètres.

b. Diamètre longitudinal, partant du milieu d'une ligne horizontale tirée de l'origine de la verge et allant jusqu'au périnée, au niveau de l'insertion du scrotum en ce point : 29 centimètres.

c. Diamètre oblique, partant du milieu de la même ligne et aboutissant au même point du périnée, en suivant la cloison du dartos : 34 centimètres.

La tumeur offre, au niveau du cordon, une saillie lisse, allongée, donnant au palper la sensation du liquide.

L'arcade de Fallope a éprouvé un abaissement dû à la traction opérée par la tumeur.

Par suite de cet abaissement, la saillie semble remonter jusque dans l'intérieur du canal inguinal, et l'on peut croire le cordon malade.

A la pression, douleur le long du cordon et dans la partie supérieure de la tumeur; insensibilité dans les autres parties.

On observe deux petites bosselures un peu fluctuantes : l'une à la partie antérieure et moyenne, l'autre à la partie externe et moyenne.

Au sommet, il existe également un point, qui offre une dépressibilité se rapprochant de la fluctuation.

Quant au testicule, il échappe complétement à toute recherche, et l'on ne peut le distinguer ni par sa forme, ni par sa consistance, non plus que par la nature de la douleur que détermine ordinairement sa pression.

Quoique maigre, le malade paraît jouir d'une bonne constitution.

Pour s'assurer que la tumeur n'avait pas d'origine syphilitique, M. Laborie crut devoir essayer le traitement suivant :

Cataplasmes. Frictions avec la pommade :

Axonge.	60 grammes.
Iodure de potassium. . . .	4 —
Belladone	1 —

Chaque matin, une des pilules suivantes :

Sublimé.	0 gr. 50.
Extrait d'opium.	0 gr. 75.
Poudre de gaïac.	0 gr. 30.
Sirop de morphine.	q. s.

Faire 30 pilules.

Comme le malade ne pouvait se lever, il est envoyé à l'infirmerie le 29 juin.

Malgré le traitement employé, depuis son entrée à l'asile jusqu'au 2 juillet, pas d'amélioration. La tumeur a plutôt augmenté, comme le prouvent les chiffres suivants :

$a' = 32$ centimètres.
$b' = 30$ —
$c' = 34$ —

Cependant, on doit noter quelques changements dans sa configuration. Ainsi, il s'est formé à la partie supérieure une sorte de méplat, au niveau de l'origine du cordon. Le malade dit aussi que la tumeur tire moins, que les parties ne lui semblent pas aussi pesantes.

L'appétit revient, le sommeil est meilleur, quoique troublé par des douleurs lancinantes qui se font également sentir dans la journée et causent au malade de vives souffrances.

Le 3 juillet, les douleurs ont été excessivement vives la veille ; elles siégent surtout dans le cordon et s'irradient vers le sommet de la cuisse. Le malade n'a pu dormir ; il réclame avec instance l'opération.

M. Laborie procède à un nouvel examen, d'autant plus scrupuleux que M. Verneuil lui a fait part de ses craintes du côté du cordon.

De cet examen résulte pour lui la ferme conviction que le cordon est sain. Il pose définitivement son diagnostic en ces termes : cancer encéphaloïde du testicule, sans envahissement du cordon par l'élément cancéreux.

L'intérêt que le malade lui inspire et l'espoir de pouvoir transformer quelques mois d'une existence pénible en plusieurs années de calme, le déterminent à accéder à la demande du malade, pensant comme Celse : « *Melius anceps remedium experiri quam nullum;* » d'autant mieux que l'examen de la poitrine et de la prostate ne fournissent aucune contre-indication.

L'opération est fixée au lendemain.

Le soir, on donne un lavement au malade, et l'on rase la région scrotale et inguinale.

Pour raser le scrotum vers la région périnéale, il fut nécessaire de soulever la tumeur.

On observa alors une tuméfaction bien plus prononcée au niveau du cordon; tuméfaction oblongue, presque fluctuante, se prolongeant jusque dans le canal inguinal.

Le lendemain, cette tuméfaction avait disparu.

L'examen de la pièce donnera l'explication de ce changement subit.

Le 4 juillet, on procède à l'opération.

Le malade est chloroformisé. Une incision longitudinale fut pratiquée sur la ligne médiane, depuis 1 centimètre au-dessus de l'anneau jusqu'au bas du scrotum.

La dissection de la tumeur, qu'on annonce dans les ouvrages classiques comme étant des plus faciles, ne laissa pas que d'être assez laborieuse à cause de la condensation du tissu cellulaire sous-cutané. On la fit au moyen du bistouri, et il fallut une grande attention pour éviter de blesser la verge et la cloison.

La ligature du cordon fut faite en masse, et l'on fut obligé de lier quelques artérioles du tissu cellulaire scrotal.

Le malade présentant après l'opération une disposition syncopale très-prononcée, dans l'après-midi seulement, on fit le pansement : des bourdonnets de charpie furent placés au fond de la plaie, qu'on maintint réunie vers la partie moyenne à l'aide d'une serre-fine. On fit un pansement simple, retenu par un bandage triangulaire.

Diète ; bouillon, eau vineuse ; potion cordiale.

Le 5 juillet, les ligatures des artérioles sont tombées; pouls à 80 ; le malade a dormi environ deux heures dans la nuit; pas de douleurs.

Bouillon ; potages ; une pilule extrait thébaïque de 5 centi-

grammes; 1 once 1/2 d'huile de ricin pour combattre la constipation.

Le 6 juillet, le malade a bien dormi; pas de fièvre; pas de douleurs; on retire la serre-fine; la plaie a bon aspect; la suppuration commence à s'établir.

Pansement simple; lotions avec eau chlorurée.

Potages; une côtelette.

Le 7, pas de fièvre; appétit bon; sommeil parfait; la suppuration est établie; on observe, vers la partie inférieure de la plaie, un point gangrené de la largeur d'une lentille; on renouvelle le pansement le soir.

Lotions avec eau chlorurée; pansement simple.

Le 8, pas de fièvre; la plaie a bon aspect, sauf le point gangrené, qui a pris un peu d'extension; il a la largeur d'une pièce de 20 centimes.

Même pansement.

Le 9, M. Laborie excise la portion gangrenée, qui d'ailleurs ne s'est pas étendue depuis la veille. Un cercle inflammatoire s'est formé tout autour, indiquant que l'élimination tend à se faire. Pas de fièvre.

Même pansement.

Du 9 au 16, toujours bon état; la plaie a bon aspect; la suppuration se fait bien; pour masquer l'odeur, on applique de la poudre de charbon, les 10, 11, 12, et on verse de l'eau chlorurée sur la charpie qui recouvre le pansement simple.

Le 16, on interpose de la charpie entre les deux lèvres de la plaie.

Le 17, la ligature du cordon tombe (quinzième jour de l'opération). La suppuration est peu abondante.

On ne fait plus qu'un pansement par jour.

Le 19, toujours bon état. Le malade s'est levé une demi-heure la veille.

Le 23, le malade se lève, se promène. On interpose toujours, entre les deux lèvres de la plaie, de la charpie, afin de les écarter, car elles tendent à se renverser en dedans.

Le 30, la cicatrisation n'est pas entièrement terminée; il reste encore, vers la partie moyenne, une largeur d'environ 1 centimètre, qui, par suite du renversement des lèvres de la plaie, ne s'est pas cicatrisée.

Le 14 août, le malade sort complétement guéri, il a pris de l'embonpoint, il se porte bien.

Examen de la tumeur. — L'examen de la tumeur, à l'œil nu, vient confirmer le diagnostic porté par MM. Cusco, Verneuil, Laborie. Elle a toutes les apparences d'un cancer encéphaloïde. Masse volu-

mineuse, du poids de 800 grammes, qui ne saurait donner lieu à une description détaillée.

Une enveloppe fibreuse la recouvre, des veines dilatées se montrent à sa surface ; nous avons dit que cette dilatation veineuse n'était pas apparente sur le scrotum. La tumeur est formée par un tissu mollasse, rougeâtre, de consistance pulpeuse, parsemé à la partie supérieure de petits corpuscules noirâtres, de matière mélanique.

Des cloisons fibreuses la partagent en plusieurs loges. Plusieurs petits kystes, quelques-uns de la grosseur d'un grain de raisin, d'autres plus petits, existent disséminés dans son intérieur.

On ne trouve pas de traces de la substance glandulaire du testicule, ni de l'épididyme.

Le cordon, qu'on a pu suivre dans une petite étendue, paraît sain.

A la partie supérieure, la tunique vaginale considérablement épaissie forme un kyste hématique qui donne lieu à l'écoulement d'un liquide brun. Ce kyste nous explique la tuméfaction subite qui apparut lorsqu'on eut rasé le scrotum : le testicule ayant été soulevé, le liquide contenu dans ce kyste reflua le long du cordon, jusque dans l'intérieur du canal inguinal.

M. Laborie désirant qu'on procédât à l'examen microscopique, pour savoir si le cordon était sain, mon collègue, M. Dionis, eut l'obligeance de faire examiner au microscope quelques portions de la tumeur par son ami, M. Renault, qui s'est déjà acquis un nom en micrographie.

Voici la note que M. Renault remit à mon collègue :

« L'examen de la pièce que tu m'as apportée hier m'a clairement démontré qu'il s'agissait d'une affection tuberculeuse du testicule et non d'un cancer. En effet, les éléments figurés que j'ai trouvés en grande abondance dans la portion rougeâtre de la pièce n'avaient aucun des caractères des éléments du cancer, mais en revanche les caractères physiques, chimiques et microscopiques des éléments figurés du tubercule. On y trouvait, en effet, une multitude de corpuscules irréguliers légèrement polyédriques, à angles mousses, d'un diamètre d'environ $0^{mm},006$ à $0^{mm},008$, à contenu granuleux. L'acide acétique les pâlissait, sans y faire apparaître de noyau. Ils étaient unis entre eux par une matière amorphe, finement granuleuse et occupaient une trame fibreuse qu'ils masquaient par leur grande abondance.

« Le cordon était déjà envahi par la dégénérescence. De place en place, dans la tunique fibreuse du canal déférent, on trouvait de petites granulations du volume d'une pointe d'épingle environ, et que l'on reconnaissait, seulement à l'aide d'un fort grossissement, être

composées de corpuscules tuberculeux et de matière amorphe. Toutefois la dégénérescence n'occupait que la portion du cordon la plus rapprochée de l'épididyme, le reste était sain. »

Grand fut l'étonnement après la lecture de cette note ; car ce résultat était d'autant plus inattendu que trois chirurgiens distingués étaient tombés d'accord pour reconnaître le caractère cancéreux de la tumeur. Seul, l'état du cordon avait fait naître des doutes.

D'ailleurs, sans l'examen microscopique de la tumeur, aurait-on pu croire, d'après les signes cliniques, qu'on avait affaire à une tumeur tuberculeuse ?

Nous avons une tumeur :

Non transparente, à forme ovale, à surface inégale, d'une consistance irrégulière, très-pesante, d'un volume considérable, dans laquelle il est impossible de découvrir le testicule : unilatérale, qui s'est développée sans cause appréciable, à marche croissante, dont le développement a été progressif, uniforme et rapide, donnant lieu à des douleurs lancinantes. De plus, rien du côté de la prostate, rien du côté de la poitrine.

De semblables symptômes ne pouvaient que faire supposer une tumeur cancéreuse encéphaloïde.

Cette observation est intéressante, parce qu'elle prouve une fois de plus qu'il est souvent difficile, pour ne pas dire impossible, de distinguer une tumeur testiculaire cancéreuse d'une tumeur tuberculeuse, et que le plus souvent la question ne peut être jugée qu'à l'aide du microscope.

Cette erreur de diagnostic dans la variété de tumeur avait-elle des inconvénients ? Non.

La castration était indiquée ; car le testicule, complétement désorganisé, devenait inutile ; l'ulcération menaçait et avec elle les souffrances, les horreurs d'une situation contre laquelle l'art est impuissant.

Ne pas opérer avec la quasi-certitude que le cordon était sain, c'était vouer un homme dans la force de l'âge à traîner péniblement une existence qui ne pouvait être que de peu de durée.

Le malade, espérons-le, n'aura qu'à se louer de son énergie, et de la décision de celui qui l'a débarrassé de sa tumeur.

M. VERNEUIL. S'il s'agit d'une tumeur tuberculeuse, je dois reconnaître que je me suis absolument trompé. Cependant, le volume, le poids de la tumeur, l'engorgement du cordon, l'intégrité de la prostate permettaient peu de penser au tubercule. L'examen anatomique vient souvent redresser les erreurs de la clinique ; mais je ne puis m'empêcher d'émettre un doute. La coupe d'une tumeur tubercu-

leuse ne peut guère être confondue avec celle d'un encéphaloïde. Ce que M. Laborie vient de nous dire de l'aspect franchement encéphaloïde de la tumeur est un renseignement d'une grande valeur. Je crois donc que c'est un malade qu'il faut suivre, afin d'être éclairé définitivement.

M. TILLAUX. La tumeur que nous présente M. Le Fort lui paraît être de nature bénigne. Je ne puis m'empêcher d'émettre quelques doutes à ce sujet. J'ai aussi montré à la Société une tumeur en apparence identique à celle-ci. J'avais même vu que les kystes qui la creusaient étaient dus à une dilatation des lymphatiques. Il y a eu cependant une récidive avec généralisation qui a tué le malade moins d'un an après.

M. DESPRÉS. Il y a dans l'excellente thèse de Ch. Dufour une observation analogue à celle de M. Laborie. Le testicule fut successivement considéré comme tuberculeux et cancéreux. La distinction peut donc être difficile dans certains cas.

La pièce de M. Le Fort n'a pas été examinée au microscope; il est à désirer que cet examen soit fait. Mais je serais heureux de voir la Société mettre à son ordre du jour une discussion sur les tumeurs du testicule.

M. DEMARQUAY. Je pense comme notre collègue qu'il serait fort utile de débattre la question du diagnostic différentiel des tumeurs du testicule.

Je suis un peu surpris d'entendre M. Verneuil nous dire que la distinction est facile à établir. Tous les chirurgiens savent que plus d'une fois il a fallu procéder à l'opération, sans avoir pu diagnostiquer d'une manière précise la nature de la tumeur que l'on allait enlever. Plus d'une fois même, on a pu rester embarrassé en face de la pièce anatomique.

Je tiens encore à dire que l'ablation du testicule n'est pas toujours une opération bénigne, je l'ai plus d'une fois vue déterminer la mort.

M. VERNEUIL. M. Le Fort vient d'insister sur la présence du tissu testiculaire autour de la tumeur. Il nous a fait remarquer qu'il était sain; pour lui c'est une présomption de bénignité. Je ne puis partager son avis à cet égard.

Le refoulement et l'isolement de la substance testiculaire a été très-étudié par M. Ch. Robin. Cet éminent anatomiste a même été conduit à professer que les tumeurs du testicule naissaient dans l'épididyme. Je crois que c'est une erreur, déjà commise, chose assez curieuse, par Nacquart dans un article du dictionnaire en soixante volumes.

Pour ma part, j'ai presque toujours retrouvé le tissu testiculaire sain refoulé à la périphérie de la tumeur.

M. LE FORT. Ce qui me fait admettre ici que l'état sain de la substance testiculaire est une présomption de bénignité, c'est que la couche testiculaire est entièrement isolée de la tumeur par une couche celluleuse très-distincte.

M. VERNEUIL. Je répondrai maintenant à M. Demarquay, que je ne puis lui accorder la très-grande difficulté ou l'impossibilité du diagnostic que pour des cas exceptionnels. Le plus souvent le diagnostic est facile.

Quant à la castration, elle peut incontestablement occasionner la mort, mais c'est encore là une exception. Il est donc permis de regarder cette opération comme étant relativement bénigne.

Je signalerai d'ailleurs un accident peu ordinaire, mais dont on comprend la possibilité à la suite de la castration. Le plexus veineux du cordon est très-dilaté, et ses veines manquent de valvules. J'ai vu survenir une hémorrhagie grave, et comme je ne crois pas la ligature des veines dangereuse, j'ai pris l'habitude de les lier.

M. CHASSAIGNAC. J'ai plusieurs fois été frappé de l'absence de récidive après l'ablation de cancers du testicule. Est-ce parce que la tumeur est en quelque sorte enkystée? Toujours est-il que j'ai encore des malades que je peux suivre et qui n'ont pas de récidives.

MM. Demarquay et Verneuil viennent de nous signaler quelques dangers de la castration. Je crois à ce propos devoir déclarer que, depuis que j'ai adopté l'écrasement linéaire pour pratiquer cette opération, je n'ai jamais perdu de malades, et dans aucun cas je n'ai observé d'hémorrhagies.

M. DEMARQUAY. Je suis disposé à accorder une grande valeur à l'écrasement linéaire appliqué à la castration ; mais je crois que la pratique de M. Chassaignac a été à la fois habile et heureuse, et qu'on ne pourrait la donner comme règle.

Comme M. Verneuil, j'ai observé l'hémorrhagie veineuse du cordon, et j'ai depuis longtemps été frappé de l'énorme développement de ces veines dans les cas de tumeur du testicule.

Quant à la question d'anatomie pathologique, relative au refoulement de la substance testiculaire, je suis de l'avis de M. Verneuil. Je l'ai depuis bien longtemps observée et rencontrée dans les cancers, comme dans les tumeurs bénignes.

M. GUYON. Je ferai remarquer combien a été rapide le développement de la tumeur observée par M. Le Fort. Cette rapidité du développement a été, il est vrai, surtout prononcée dans ces derniers temps; mais, en remontant dans le commémoratif, on n'arrive guère à plus d'une année pour marquer le début de la tumeur.

Cette sorte d'acuité dans la marche de la maladie me paraît de nature à faire réserver le pronostic.

Je partage d'ailleurs l'opinion émise par MM. Verneuil et Demarquay, relativement au refoulement de la substance testiculaire qui coïncide avec des tumeurs de nature très-diverse.

M. DESPRÉS. Je suis tout à fait de l'avis de M. Guyon, pour ce qui est de la valeur de la durée d'un mal, pour établir sa bénignité. Mais je ne crois pas que le diagnostic des tumeurs du testicule soit si facile que cela a été dit. La maladie kystique du testicule et ce que l'on a appelé enchondrome du testicule ont été toujours l'objet de méprises. Il n'y a pas eu jusqu'ici de maladie kystique du testicule diagnostiquée, sans ponction exploratrice. Tous les enchondromes du testicule que l'on avait diagnostiqués ont été reconnus plus tard comme des cancers.

Sans compter le fait signalé par Dufour, et que je rappelais tout à l'heure, il y a encore des observations singulières, où le diagnostic, qui semblait indiqué a été néanmoins faux. Hancock, Hawkins, M. Denonvilliers ont observé des malades qui avaient les deux testicules malades à la fois et contenant chacun une tumeur. Il semblait clair qu'il s'agissait de testicules tuberculeux ou de testicules syphilitiques, mais l'autopsie et les opérations ont montré qu'il s'agissait de cancer du testicule.

M. DEMARQUAY. Ce que M. Chassaignac nous a dit sur l'absence de récidives de certains cancers du testicule est bien contraire à ce qu'il m'a été donné d'observer. Je pourrais citer de nombreux exemples à l'appui de mon opinion. Mais je pense que l'occasion s'en présentera, puisque la Société paraît disposée à étudier cette question.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 5 SEPTEMBRE 1866.

Présidence de M. GUERSANT.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

1° Quatre demandes de congé, de MM. Forget, Boinet, Perrin et Depaul. (Renvoi à la commission des congés.)

2° Les journaux de la semaine; les *Archives générales de médecine;* le *Bulletin de thérapeutique;*

3° Deux mémoires en italien, du docteur Cesare Fumagalli.

— M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'un travail de M. Ehrmann (de Strasbourg). (Renvoi au comité de publication.)

DISCUSSION.

Tumeurs du testicule.

M. VERNEUIL. La discussion a mis à l'ordre du jour le diagnostic du sarcocèle et les dangers de la castration.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit du diagnostic; j'ai été assez heureux jusqu'ici pour ne point me tromper, ou, en d'autres termes, chaque fois que j'ai pratiqué la castration, l'anatomie pathologique à l'œil nu et au microscope a confirmé l'existence du cancer. La seule erreur notoire que j'aie commise est relative au malade opéré par M. Laborie; j'avais cru à un encéphaloïde de la pire espèce, et j'avais refusé l'opération, comme du reste je l'avais refusée à deux autres malades presque à la même époque; l'un d'eux était dans mon service, il succomba bientôt à la généralisation du cancer. L'autre, exerçant la profession de maréchal ferrant à Nogent-sur-Marne, fut opéré dans un hôpital de Paris et succomba aux progrès de son mal, avant même que la cicatrisation fût achevée : cliniquement, ces trois cas offraient la ressemblance la plus complète.

L'an dernier je fus, j'en conviens, fort embarrassé pour un malade chez lequel un de mes collègues de l'hôpital du Midi avait diagnostiqué un hématocèle. Pour moi, je croyais à un sarcocèle, car c'est, ce me semble, entre ces deux affections que l'hésitation est parfois permise. Du reste, le doute n'eut aucun inconvénient et ne peut en avoir si, dans l'opération qui est nécessaire dans les deux cas, on a soin, après la division de la peau, d'inciser couche par couche, jusqu'à ce que le bistouri ait atteint la pulpe cancéreuse ou la cavité de l'hématocèle; c'est ainsi que je procédai, et c'est à cette dernière affection que j'avais affaire.

Tout récemment encore, j'avais dans mes salles un autre cas d'hématocèle, qui, par certains caractères, simulait le sarcocèle, une interrogation minutieuse, la marche de la maladie, enfin une ponction

exploratrice, levèrent presque tous mes doutes avant l'opération.

Voici tout ce que je veux dire du diagnostic; je reconnais toutes ses difficultés dans certains cas, mais je crois ceux-ci fort rares.

La grosse question, en somme, est de savoir si la tumeur est bénigne ou maligne, s'il faut l'opérer ou la combattre par la thérapeutique. Or, on est bientôt fixé sur ce dernier point. Quant à reconnaître quelle variété de tumeur maligne on a sous les yeux, s'il s'agit par exemple d'un enchondrome, de kystes multiples, d'hématocèle central ou de sarcocèle proprement dit, j'avoue que la chose est souvent impossible ; mais je m'en console en pensant que l'extrême précision du diagnostic n'est pas indispensable pour établir les indications opératoires.

J'arrive à la castration. Est-ce une opération grave, et quels sont les accidents auxquels elle expose?

J'avais dit incidemment que l'ablation d'un testicule était relativement bénigne; c'est contre cette assertion que M. Demarquay a cru devoir s'élever. Il a observé, soit dans sa pratique, soit dans celle de Blandin, plusieurs terminaisons funestes par suite d'hémorrhagies, de phlegmon, d'infection purulente; il aurait même vu des accidents formidables survenir à la suite de simples ponctions évacuatrices ou exploratrices.

D'un autre côté M. Chassaignac, qui a pratiqué un grand nombre d'opérations de ce genre, n'a jamais perdu de malades, et se prononce pour l'innocuïté presque absolue de la castration. Puisque sans le vouloir, mais sans le regretter, j'ai soulevé le débat, je dirai ce que j'ai vu de mon côté; le relevé de mes notes donne plutôt raison à M. Demarquay. Sans parler d'un cas où une simple ponction exploratrice a provoqué des accidents très-graves, j'ai pratiqué sept fois la castration pour le sarcocèle; j'ai perdu deux malades. Deux fois j'ai fait la décortication avec résection partielle de la tunique vaginale pour des cas d'hématocèle; les patients ont bien guéri, mais la cure a été traversée par des complications sérieuses.

Confondant pour un moment ces deux genres d'opérations, dont le pronostic immédiat est assez semblable, et récapitulant les complications que j'ai observées, je trouve dans mes notes quatre castrations dont les suites n'ont présenté aucune particularité notable. Dans un cinquième cas, il y a eu hémorrhagie par le cordon. Guérison. Dans un sixième, hémorrhagie en nappe, par la surface de la plaie. Tamponnement avec le perchlorure; phlegmon des bourses, du canal inguinal et de la paroi abdominale; infection purulente. Mort.

Dans un septième, tétanos au treizième jour, alors que la guérison paraissait absolument assurée. J'avais fait la ligature en masse du

cordon bien malgré moi, à cause du nombre insuffisant de mes aides et de l'agitation incoercible du malade. Un refroidissement à la suite d'un bain paraît avoir joué le rôle de cause occasionnelle. Ainsi, deux morts sur sept opérations.

Dans les deux cas de décortication, ou, pour mieux dire, d'excision de la tunique vaginale épaissie (hématocèles), la guérison s'est effectuée; mais une fois j'ai eu affaire à une hémorrhagie veineuse, tandis que l'autre malade a été pendant plus d'une semaine en proie à un délire continu, qui n'a pas laissé que de m'inquiéter beaucoup, quoique l'état du pouls et des fonctions digestives ne fût pas grave et que la plaie ait toujours marché sans encombre vers la cicatrisation.

De cette petite statistique, dont le seul mérite est d'être intégrale, il résulte que, sur neuf opérations sérieuses pratiquées sur les bourses, cinq fois il y a eu des accidents.

J'ai fait, jusqu'ici, abstraction des récidives de la maladie dans les sept castrations; or, voici à quel résultat je suis arrivé. J'ignore, bien entendu, quelle destinée attendait les deux opérés qui ont succombé au traumatisme, mais des cinq autres, quatre sont morts plus ou moins rapidement. En voici l'indication.

1° B..., robuste et jeune, opéré en province avec M. le docteur Gorju. Récidive dans la plaie, puis dans l'abdomen. Mort au bout de quatre ou cinq mois.

2° Malade de Chauny avec le docteur Warmont : enchondrome, cicatrisation de la plaie, guérison apparente et confirmée *loco dolenti*, accidents thoraciques lents et progressifs, dus probablement à une récidive dans les poumons ; mort au bout de quelques mois; pas d'autopsie ;

3° Malade de l'hôpital Saint-Louis, quarante ans environ ; cicatrisation de la plaie; l'opéré quitte le service. J'ai appris qu'il avait succombé quelques mois plus tard dans un autre service avec les signes de la cachexie;

4° Malade de l'hôpital du Midi, vingt-cinq ans, opéré en avril 1865; guérison complète en apparence pendant une année entière. Il revient me trouver au mois de juin dernier. La cicatrice inguinale est parfaite, mais la fosse iliaque est remplie par une tumeur plus grosse que le poing; signes de cachexie commençante. Le malade, sentant sa fin approcher, quitte le service pour succomber bientôt dans sa famille;

6° Un seul opéré fait, jusqu'à présent, exception à ce triste tableau. Je lui ai donné mes soins l'an dernier avec MM. Millard et Alf. Fournier; la castration a été faite en juin. Jusqu'à ce jour aucun signe de récidive ne s'est montré. Nous avions tous diagnostiqué un cancer. M. Ricord, consulté intercurremment, avait conseillé l'opération sans

retard; le microscope me montra un type d'encéphaloïde. A la vérité l'ablation fut faite de bonne heure et avant que la tumeur eût acquis un grand volume ; la tunique albuginée enkystait complétement le mal. L'avenir seul nous instruira de la persistance de cette guérison.

Devant de tels résultats confirmant d'ailleurs pleinement ce que j'avais vu pendant mon internat, et dans mes excursions aux hôpitaux, on comprend quel pronostic je porte sur le cancer du testicule; aussi ai-je été surpris d'entendre M. Chassaignac nous dire que cette affection était assez souvent susceptible de guérison radicale. Il serait donc à désirer que chacun de nous apportât ici le résumé de sa pratique, afin que l'on sût dans quelles conditions et proportions on peut attendre le succès définitif de la castration appliquée au sarcocèle vrai.

Qu'il me soit permis maintenant de revenir sur quelques points de détail et d'abord sur les *hémorrhagies veineuses et artérielles.*

J'ai observé trois fois cet accident. Dans les trois cas l'écoulement sanguin eut lieu fort peu d'heures après l'opération; il s'agissait donc d'hémorrhagies primitives, de celles qui tiennent par conséquent au défaut de l'hémostase immédiate, ou du premier pansement.

On trouvera les détails d'un de ces cas dans une observation qui figure dans l'important travail de M. Dauvé, sur l'enchondrome du testicule. (Mémoires de la Société de chirurgie, t. VI, p. 329.) L'hémorrhagie survint trois heures et demie après l'opération; elle était artérielle, et provenait certainement du cordon. Celui-ci avait été divisé avec l'écraseur linéaire que j'avais fait agir pourtant avec beaucoup de lenteur. L'hémostase fut obtenue sans peine à l'aide d'un bandage herniaire, appliqué pendant une demi-heure, et de l'introduction dans le canal inguinal de quatre petites boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer. Les suites furent très-simples.

Dans le second cas, ce fut précisément l'application d'un bandage herniaire faite dans un tout autre but qui provoqua l'hémorrhagie; celle-ci était veineuse; il ne s'agissait pas d'une castration, mais bien de la résection de la tunique vaginale pour un hématocèle. Quoique je me propose de publier ce fait *in extenso*, j'en vais extraire quelques fragments qui se rapportent à l'accident qui m'occupe. L'opération n'avait offert qu'une circonstance particulière. J'avais ouvert par mégarde un sac herniaire ancien situé à la face antérieure de la tumeur; les intestins menaçaient de faire hernie dans la plaie. Je réduisis dans l'abdomen une languette épiploïque qui occupait ce sac, et pour prévenir l'issue des viscères, j'appliquai sur le canal inguinal la pelote d'un bandage; le malade fut reporté dans son lit, et je procédai à une autre opération que j'avais à faire dans la même séance.

Au bout d'une heure environ, je rentrai dans la salle pour voir le premier opéré, il était fort pâle et très-faible; en le découvrant, je vis le lit inondé, les pièces du pansement imbibées, et le scrotum distendu par du sang noir.

J'enlevai rapidement l'appareil, la charpie, les caillots, et j'examinai très-attentivement toute la plaie; le sang ne jaillissait nulle part, et suintait seulement en nappe d'une foule de points, en particulier de la surface de section de la tunique vaginale épaissie. A l'aide du ténaculum, j'appliquai cinq ou six ligatures, mais la pluie sanguine continuait toujours. D'après la couleur du sang et la manière dont il s'échappait, il était clair que les veinules seules le fournissaient. Je songeais alors à l'obstacle au retour que j'avais créé moi-même, et à la compression exercée sur les vaisseaux du cordon par le bandage; celui-ci fut enlevé, et quelques minutes après, l'hémorrhagie cessait comme par enchantement.

La perte, quoique provenant de vaisseaux fort ténus, avait été considérable; je l'évalue au moins à 600 grammes, néanmoins l'accident n'eut pas de suite fâcheuse. Il eut seulement pour effet d'appeler mon attention sur la possibilité après la castration d'une hémorrhagie veineuse par les veines du cordon lui-même. Cette complication, à ma connaissance, n'a point été signalée, et je ne l'ai pas observée moi-même; cependant elle ne me paraît pas irréalisable et voici pourquoi. Les veines du cordon sont souvent variqueuses, et rien ne s'oppose à ce qu'on voie coïncider le varicocèle avec le sarcocèle ou toute autre tumeur exigeant la castration. Or, dans le varicocèle, il y a non-seulement dilatation et épaississement des parois veineuses, mais de plus, insuffisance valvulaire permettant le reflux centrifuge du sang veineux vers les capillaires. Aussi la toux, l'effort, la position verticale remplissent instantanément les plexus du varicocèle. Si donc après avoir coupé le cordon on se contente de lier les artères, le bout central des veines pourrait devenir le siége d'un reflux, et d'autant mieux que ce reflux est un fait physiologique normal dans la veine cave et les veines rénales qui reçoivent les veines spermatiques.

Au reste, j'ai vu le phénomène se produire sous mes yeux, dans des proportions trop minimes, il est vrai, pour m'inquiéter comme chirurgien, mais suffisantes pour satisfaire ma curiosité de physiologiste.

Dans une opération de castration que je pratiquai l'an dernier avec mes collègues et amis MM. A. Fournier et Millard, j'observai nettement ce qui suit : ayant divisé à petits coups le cordon, je me contentai de lier d'abord les artères ; mais j'aperçus de plus qu'à chaque mouvement fait par l'opéré, une petite ondée de sang noir

s'échappait par les veines divisées ; une nausée surtout projeta le sang à près d'un centimètre hors du bout des vaisseaux veineux, qui cependant n'étaient point anomalement dilatés. Depuis cette époque, j'isole également de mon mieux le plexus pampiniforme et le comprends dans une ligature isolée. Malgré les reproches faits à la ligature des veines, cette petite précaution me paraît innocente.

Le troisième cas d'hémorrhagie s'est présenté tout récemment, il m'a d'autant plus frappé que l'écoulement sanguin, par suite du moyen hémostatique employé, a provoqué une série d'accidents qui ont fini par enlever le malade.

Un homme de quarante-huit ans fut opéré, au mois de juillet dernier, d'un sarcocèle volumineux. L'opération fut facile ; toutes les artères ouvertes furent soigneusement liées au fur et à mesure, ainsi que les veines du cordon. L'hémostase primitive paraissait donc assurée.

Les bourses furent soutenues par une compresse longuette disposée en anse, et dont les deux chefs étaient fixés à un bandage de corps. Des boulettes de charpie molle dans la plaie, des compresses imbibées d'eau alcoolisée froide appliquées sur le tout, complétaient le pansement. Dans l'après-midi, le sang parut. L'interne de garde l'arrêta d'abord avec une vessie de glace ; mais, une heure plus tard, l'hémorrhagie se renouvelant, les compresses superficielles furent enlevées, ainsi que la charpie et les caillots qui remplissaient la plaie. Le sang coulait en nappe et semblait sourdre de toute la surface de la plaie scrotale. Plusieurs ligatures furent faites en vain ; alors on se décida à tamponner avec la charpie imbibée de perchlorure de fer.

L'hémorrhagie s'arrêta ; mais il survint successivement : 1° un phlegmon violent de tout le scrotum avec sphacèle des téguments en plusieurs points ; 2° un phlegmon du tissu cellulaire du cordon ; 3° un abcès de la paroi abdominale au-dessus de l'aine, abcès qui fut ouvert et fournit du pus en abondance ; 4° une hémorrhagie secondaire ; 5° enfin une infection purulente qui termina la scène.

Or, j'ai pu reconnaître que la cause de la première hémorrhagie résidait dans un défaut de pansement. La compresse placée sous les bourses avait glissé en arrière, s'était roulée en corde de manière à former au niveau de la racine du scrotum une sorte de lien circulaire qui causait un véritable étranglement, et avait, par ce mécanisme, gêné la circulation veineuse des parois scrotales ; d'où l'hémorrhagie veineuse.

En résumé, l'hémorrhagie primitive, à la suite de la castration, ne paraît pas très-rare, elle peut être artérielle ou veineuse.

L'hémorrhagie artérielle tient au procédé défectueux employé après

la section du cordon, à la négligence apportée à la ligature de toutes les artérioles ouvertes soit dans l'épaisseur du cordon, soit dans les enveloppes de la tumeur.

L'hémorrhagie veineuse, moins étudiée, peut se faire par les veines scrotales ou par les veinules du cordon, et résulter d'un pansement mal appliqué qui gêne la circulation en retour. Il est possible, mais non prouvé, qu'elle vienne encore du bout central libre des veines spermatiques, laissant échapper le sang dans une direction centrifuge.

Il importe donc de faire avec beaucoup de soin la ligature isolée de toutes les artérioles à mesure qu'elles sont ouvertes, et de surveiller très-attentivement l'appareil de pansement, enfin la ligature des veines du cordon lui-même paraît être une utile précaution.

M. DEMARQUAY. Je vois avec plaisir que M. Verneuil revient à mon opinion. Notre collègue ne voit de difficulté que dans le diagnostic entre le cancer et l'hématocèle. Il faut, je crois, tenir compte de l'orchite chronique, dont le diagnostic est loin d'être simple.

Je dirai maintenant quelques mots de l'opération de la décortication. J'ai suivi les conseils de M. Gosselin, et l'expérience m'a démontré que l'opération, proposée par ce chirurgien, ne manque pas de gravité. J'ai perdu deux malades d'hémorrhagie en nappe, ce qui s'explique d'ailleurs par l'état de la tunique vaginale ; j'ai vu encore l'infection purulente emporter mes opérés. Je suis revenu, pour toutes ces raisons, à la pratique de Blandin : je fais l'incision, j'enlève la plus grande partie des caillots, je tamponne avec de la charpie ; la suppuration s'établit, et cette fausse membrane, si difficile à disséquer, sort toute seule.

M. LABORIE. Je veux dire seulement que pour faire la castration je suis partisan de la ligature en masse. Les avantages que présente cette manière de faire sont plus grands que les inconvénients qui peuvent en résulter. Blandin faisait la ligature partielle ; l'opération m'a toujours paru laborieuse, elle a été parfois suivie de phlegmons graves.

M. PANAS. Le diagnostic des tumeurs du testicule présente des difficultés réelles ; j'ai vu des hommes habitués, des spécialistes hésiter dans certains cas. J'ai vu prendre pour un cancer cette affection qui consiste dans l'infiltration tuberculeuse simultanée de l'épidydime et du testicule. J'ai vu M. Nélaton prendre pour un sarcocèle cancéreux, une hématocèle située au centre du testicule.

Je veux encore dire deux mots sur le traitement de l'hématocèle vaginale. J'ai fait une seule fois la décortication, j'ajoute que ce sera la seule fois. Je n'ai pas pu décortiquer en arrivant sur le testicule.

M. Follin me servait d'aide. Le troisième jour qui suivit cette opération nous constatâmes une inflammation diffuse, puis survint la gangrène qui s'étendit jusqu'à la paroi abdominale. La mort s'ensuivit.

J'ai questionné au sujet de la décortication plusieurs chirurgiens et entre autres M. Denonvilliers; j'ai acquis la conviction que bientôt cette opération sera complétement abandonnée. M. Gosselin lui-même annonce deux morts parmi ses opérés. Le meilleur traitement de l'hématocèle, c'est l'incision.

M. LE FORT. Je ne vois pas quels peuvent être les inconvénients de la ligature en masse du cordon; j'ai réussi dans les deux seules opérations que j'aie faites jusqu'ici. C'est un moyen plus expéditif quand on est mal aidé, mais il est important de serrer très-fort la ligature, car le danger semble résider dans un étranglement incomplet du cordon.

M. TRÉLAT. J'ai fait trois fois la castration, je crois la ligature partielle meilleure. Un gros fil est d'une manière générale un mauvais moyen d'hémostase.

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Cancer du pharynx et de l'œsophage.

M. DEMARQUAY présente la partie supérieure des voies digestives d'un homme âgé de cinquante-huit ans, sur lesquelles on observe un cancer du pharynx et de la partie supérieure de l'œsophage. Le cathétérisme de l'œsophage a suffi pendant deux mois à l'alimentation. Mais il devint très-difficile et même impossible, tant il était douloureux; ce malade a fini par mourir d'inanition et aux accidents de suffocation auxquels il était en proie dans les derniers temps de la vie. A l'autopsie, on a trouvé un cancer de la partie inférieure du pharynx et de la partie supérieure de l'œsophage, où il formait un anneau très-serré et difficile à franchir avec une petite sonde.

Le fait curieux de cette présentation, c'est qu'il existait un vaste abcès formé dans le médiastin postérieur, au niveau de la région dorsale. Cet abcès, en se développant, a amené une inflammation des deux plèvres ainsi que la partie des poumons correspondants, de plus l'abcès a fini par contourner les gros vaisseaux et venir se placer au devant du péricarde, dans lequel il a fait naître une inflammation très-vive. La cause de cette inflammation du médiastin postérieur tient évidemment au passage répété de la sonde œsophagienne, et la preuve, dit M. Demarquay, c'est que les abcès du médiastin postérieur ne sont pas rares à la suite d'arrêt de corps étrangers dans l'œsophage,

ainsi que cela résulte de la lecture du mémoire de Lavacherie. Pour mieux éclairer l'origine de ses abcès, M. Demarquay a fait une série d'expériences pour déterminer le mode suivant lequel ces abcès se développent ; il pratiqua sur des chiens l'œsophagotomie, et il introduisit des corps étrangers à la partie inférieure de l'œsophage, et au bout de quelques jours il constatait, si le corps étranger était un peu volumineux, un phlegmon rétro-œsophagien ou un véritable abcès; ces recherches ont été publiées, il y a quelques années, dans la *Gazette hebdomadaire.*

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le vice-secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 12 SEPTEMBRE 1866.

Présidence de M. FOLLIN.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Une lettre de M. le docteur Tarnier, demandant un congé d'un mois.

— M. LARREY présente, de la part de M. Sistache, candidat au titre de membre correspondant, un travail intitulé : *Sur un fongus parenchymateux du testicule, etc.*

(Commissaires : MM. Guérin, Chassaignac, Giraldès);

Les *Bulletins de la Société médicale d'émulation de Paris ;*

Traité du froid, etc., de la part de l'auteur M. le docteur La Corbière ;

Du service de santé militaire chez les Romains, de la part de M. le docteur Briau ;

Étude statistique de la syphilis dans la garnison de Marseille, par M. le docteur Didiot;

Une *Notice explicative sur l'appareil vaporifère,* du docteur Lefèvre;

Vade-mecum des blessures par armes à feu, par M. Gherini, membre correspondant étranger;

Sur la Convention de Genève, par **M.** Longmore, membre correspondant étranger;

Application de la galvano-caustique chimique dans la guérison des tumeurs, par **M.** Gherini;

Note sur l'ulcère perforant du pied, par le docteur Marquez;

Du plombage des plaies, par le docteur Burggraeve, membre correspondant étranger;

Un rapport sur la Gazette médicale de Mexico, par M. le baron Larrey.

— M. DEPAUL présente, au nom de M. Duboué, membre correspondant à Pau, une *Observation d'embolie de l'artère iliaque externe, etc.*

(Renvoyé au comité de publication.)

— M. TILLAUX présente, pour le concours du prix Duval, les thèses de MM. Nicaise, *Sur les lésions de l'intestin dans les hernies*, et Desmarez, *sur les applications de l'iridectomie au traitement de la cataracte.*

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

Constriction permanente des mâchoires.

M. BOINET. La pièce pathologique que j'ai l'honneur de présenter à la Société me paraît importante sous plusieurs points; elle provient d'une jeune fille que j'ai eu l'honneur de montrer plusieurs fois, et qui était atteinte d'une immobilité de la mâchoire inférieure, due à une gangrène de la bouche. Cette jeune fille avait été opérée deux fois; une première fois par le procédé de Rizzoli, qui consiste, comme vous le savez, dans la simple section du maxillaire inférieur; et une seconde fois, par le procédé qui consiste à enlever une portion cunéiforme du maxillaire. La première de ces opérations, pratiquée au commencement de 1860 à l'aide de la pince de Liston, avait d'abord fourni un bon résultat, c'est-à-dire qu'immédiatement après l'opération la mâchoire inférieure avait acquis assez de mobilité pour permettre son abaissement facile et l'introduction dans la bouche d'aliments solides; mais l'amélioration obtenue ne fut que de courte durée, soit par la négligence de la malade à ne pas imprimer des mouvements d'abaissement à la mâchoire inférieure, soit pour toute autre cause; toujours est-il qu'au bout de quelques mois (2 ou 3 mois), la mâchoire devint moins mobile, et que huit ou neuf mois plus tard le resserrement était devenu si complet que la malade était dans la même position qu'avant l'opération; les deux bouts du maxillaire s'étaient complétement soudés.

Il fallut revenir à une seconde opération, qui ne fut pratiquée que le 20 juin 1863 ; mais cette fois, au lieu de diviser l'os tout simplement, comme dans le procédé de Rizzoli, une portion cunéiforme de l'os fut enlevée, dans le but de s'opposer à la réunion osseuse et d'obtenir une fausse articulation ; cette fois l'opération a eu un plein succès, et six semaines après, je vous présentais la malade, et le triangle osseux qui avait été enlevé, pour vous montrer le résultat de l'opération. Ce triangle osseux, dont la base correspondait au rebord du maxillaire inférieur, et le sommet au bord alvéolaire, avait environ 1 centimètre 1/2 de large à sa base.

Plusieurs de nos collègues, après avoir examiné la malade, témoignèrent des craintes qu'ils avaient de voir les deux fragments du maxillaire se consolider de nouveau, et pensaient qu'il faudrait revoir cette malade longtemps après l'opération, pour juger du résultat définitif, et déjà même ils croyaient reconnaître dans un point un commencement d'ossification.

C'est pour montrer que ces craintes, toutes légitimes qu'elles étaient, d'après les faits relatés par plusieurs de nos collègues, MM. Deguise, Marjolin, Bauchet et Forget, ne se sont pas réalisées.

Je soumets à l'examen de la Société cette pièce d'anatomie pathologique ; elle prouve que notre opération avait donné le résultat que nous désirions obtenir, et la malade, qui vient de succomber (5 septembre 1866) à une phthisie pulmonaire, a pu, depuis cette opération, jouir du mouvement d'élévation et d'abaissement de sa mâchoire inférieure. Elle avait un écartement suffisant des mâchoires pour introduire dans sa bouche toute espèce d'aliments soit solides, soit liquides, et n'avait rien perdu de l'écartement de ses mâchoires, depuis trois ans qu'elle avait été opérée.

Si en effet on examine cette pièce, on remarque tout d'abord que la branche montante droite du maxillaire est déformée, moins longue et plus large que celle du côté opposé ; que le condyle et l'apophyse coronoïde sont moins épais et moins longs que les mêmes parties du côté gauche ; on dirait que toute cette branche montante a subi un arrêt de développement. L'échancrure sigmoïde du côté gauche est plus profonde que celle du côté droit. En enlevant cette pièce, j'avais constaté que l'articulation temporo-maxillaire gauche avait beaucoup perdu de sa mobilité, que les ligaments qui l'entourent étaient plus serrés, ce qui m'avait offert des difficultés pour les désarticuler ; il existait une fausse ankylose, due à l'inaction de cette articulation.

Une seconde remarque, c'est que les sections de l'os ont porté sur la partie moyenne de la branche horizontale, et que l'angle de la mâchoire est intact ; par suite de la perte de substance qu'a subie

la mâchoire par l'ablation d'un triangle osseux, celle-ci, mesurée à son bord inférieur, et comparée à celle du côté opposé, offre une différence de longueur d'au moins un centimètre et demi, ce qui correspond à l'étendue du coin osseux qui avait été enlevé au moment de l'opération. De plus, tout le tissu osseux de la branche montante offre une coloration rougeâtre. Le nerf maxillaire, à son entrée dans le trou maxillaire postérieur, ne paraît pas altéré. Il serait curieux, si on ne craignait de détruire la fausse articulation, de savoir dans quel état se trouve ce nerf au niveau de la section, et si les deux bouts se sont réunis et comment. D'ailleurs la malade, pendant son existence, n'a présenté aucun phénomène digne d'être noté de ce côté : elle avait conservé la sensibilité.

Entre les deux parties du maxillaire qui a été divisé, il existe une fausse articulation très-complète, et qui, depuis trois ans que l'opération a été pratiquée, est restée permanente ; elle est très-mobile, et les parties qui servent de charnière sont fibreuses et assez étendues pour que la partie moyenne de la mâchoire inférieure puisse s'abaisser ; du vivant de la malade, cet abaissement était assez considérable pour permettre, sans difficulté, l'introduction du doigt indicateur dans la bouche.

Le tissu fibreux qui sert d'union aux os occupe toute l'étendue de l'intervalle qui existe entre les os, et s'étend dans toute la hauteur du maxillaire inférieur. Sa largeur paraît bien avoir un demi-centimètre, et sa solidité est la même à la partie interne et à la partie externe.

Toutes les dents molaires, excepté la première qui existe encore, ont disparu, de même que l'espace qu'elles occupent d'habitude, de telle façon que cette première molaire, qui est placée presque entièrement derrière la dent incisive, touche presque la base du bord antérieur de la branche montante, qui, dans ce point, s'est considérablement allongée, et fait une saillie qui est encore augmentée par la position de la branche montante qui se renverse un peu en arrière.

Cette pièce prouve qu'il n'est pas possible aujourd'hui de douter de la formation d'une fausse articulation, pour remédier à l'immobilité de la mâchoire inférieure, et que lorsque les méthodes de Rizzoli et d'Esmarck resteront sans résultat, on devra recourir à la division du maxillaire inférieur en enlevant une portion cunéiforme d'un à deux centimètres à sa base.

M. VERNEUIL. Je pense qu'il serait bon qu'on fît dessiner la pièce présentée par M. Boinet ; c'est bien là un exemple de pseudarthrose à la suite de l'opération de Rizzoli. Quoique les résultats cliniques n'aient pas toujours été satisfaisants jusqu'ici, il faut continuer, tout en tâchant de perfectionner la méthode. Je ferai remarquer que la

mâchoire a conservé sa forme, et que les dents sont disposées d'une façon assez régulière.

M. GUÉRIN. Je suis heureux d'avoir vu la pièce présentée par M. Boinet ; je n'étais pas jusqu'ici partisan de l'opération de Rizzoli, et je ne considère pas le résultat actuel comme bien satisfaisant. Il est évident que la pièce a été modifiée par la préparation, et cependant les deux fragments sont encore unis par du tissu fibreux qui s'oppose à une locomotion très-étendue. Supposez que le périoste et tous les muscles n'aient point été enlevés, la chose serait encore plus évidente ; aussi je me demande si pendant la vie la pseudarthrose était réellement le siége de mouvements étendus.

Je suis tellement convaincu de l'insuffisance et de la gravité de l'opération de Rizzoli, que je n'ose point la pratiquer. Dernièrement deux malades sont entrés dans mon service pour un resserrement extrême des mâchoires ; l'un d'eux offrait un aspect si repoussant que personne ne voulait le recevoir. J'ai essayé, chez ces deux malades, la dilatation journalière avec des fragments de liége, et, après deux mois de persévérants efforts, j'ai obtenu un écartement notable des deux mâchoires ; l'un des malades peut interposer son pouce entre les dents incisives. Du reste, avant de procéder à l'autoplastie, je présenterai ces individus devant la Société.

Dès à présent je crois pouvoir dire que j'ai obtenu, par la dilatation lente, un résultat aussi avantageux que ceux qu'a fournis jusqu'ici l'opération par excision d'une portion de l'os.

M. BOINET. Non-seulement les dents sont bien rangées, mais elles sont bien développées ; il faut constater ce résultat quoique le nerf dentaire ait été coupé au moment de l'opération. Je répondrai maintenant à M. Guérin qu'il faut distinguer les cas ; quand il s'agit d'une fausse ankylose, on peut réussir avec la dilatation ; mais lorsqu'il s'agit d'adhérences cicatricielles, on échoue constamment, et c'est ce qui était arrivé pour le cas présent.

M. VERNEUIL. Je trouve que M. Guérin se montre bien sévère pour l'opération en général, et en particulier pour la pièce qui nous est soumise. Le fait est certain, la jeune fille ouvrait la bouche, et cela depuis trois ans, ce qui lui était impossible auparavant. Les mâchoires s'écartaient sans douleur, et il est positif que la malade avait retiré un grand bénéfice de l'opération. Ce n'est pas, du reste, le seul cas de guérison authentique ; dans des circonstances aussi graves, les autres méthodes de traitement échouent, et si l'on parvient quelquefois à faire ouvrir la bouche, la guérison ne se maintient pas. Que M. Guérin cesse le traitement qu'il a entrepris pour ses deux malades, et bientôt ils ne pourront plus écarter les mâchoires.

Après la dilatation, la récidive est la règle, qu'un de nos collègues dépose sur le bureau une observation prise par lui de guérison persistante obtenue par la dilatation lente, alors seulement je pourrai croire que cette méthode a une valeur réelle.

M. LEGOUEST. Je ferai remarquer qu'il est impossible de se prononcer sur la valeur du résultat qui nous est soumis, puisque dans l'observation on n'indique pas d'une manière exacte quel était le degré d'écartement qu'on pouvait obtenir entre les deux mâchoires.

M. GUÉRIN. Mes malades sont loin d'être guéris, et c'est la discussion actuelle qui me fournit l'occasion d'en parler prématurément; il s'agit bien dans les deux cas d'adhérences maxillaires par cicatrices. Chez l'un de mes malades j'ai voulu couper les brides pour faciliter l'écartement, mon opéré a failli périr d'érysipèle; j'ai été effrayé et c'est alors que j'ai eu recours à la dilatation.

On nous demande des observations de guérison par les moyens de douceur. Je répondrai que j'ai examiné celles qui ont été publiées en faveur de l'opération de Rizzoli et que je n'ai point été satisfait. Les malades sont restés avec leur difformité; ils arrivaient à manger, mais n'ouvraient pas largement la bouche. Par la dilatation on arrive aussi à écarter les mâchoires suffisamment pour alimenter les sujets, et on évite ainsi l'opération si grave de la résection.

M. DESPRÉS. Voici une pièce qui nous est donnée comme une pseudarthrose, et comme une preuve à l'appui de l'efficacité de l'opération d'Esmarck. Messieurs, je me demande si c'est bien là une pseudarthrose. Nous en avons tous vu, et les fragments osseux y sont réunis par du tissu fibreux. Ce n'est pas cela que l'on observe sur cette pièce; il y a à la face interne de la mâchoire un pont osseux qui a dû être brisé pendant la dissection de la pièce. Entre les deux portions de l'os il y a des ostéophytes, du tissu d'aspect cartilagineux, et qui passent de la branche horizontale de la mâchoire à la branche montante.

Je crois qu'il y a là une reproduction d'os et une consolidation imminente. Si cette petite malade avait été réduite à ne prendre que des boissons pendant quinze jours au moins, et si on n'avait point fait exécuter des mouvements à la mâchoire, je suis convaincu qu'il y aurait eu consolidation, et si celle-ci n'a pas eu lieu, je crois que cela tenait à ce que le cal était brisé, à mesure qu'il se solidifiait.

M. LARREY. Je ne suis pas aussi difficile que certains de nos collègues, mais je dois dire que l'opération de Rizzoli me séduit peu. Je pense que cette opération si ingénieuse devrait être réservée pour des faits exceptionnels, et, par conséquent, que loin d'en généraliser l'emploi, il faut, autant que possible, avoir recours à la dilatation. Je

signalerai à M. Verneuil des succès obtenus par la dilatation : ces faits sont relatés dans la thèse de M. Sarrazin aîné. Ce travail, peut-être un peu trop oublié, renferme plusieurs cas de guérison dont plusieurs m'appartiennent; je signalerai encore l'observation du général M...... Nous le connaissons tous, la guérison se maintient depuis plusieurs années. Je conclus en disant que dans toutes les constrictions des mâchoires, quelle qu'en soit la cause, il faudra d'abord tenter la dilatation progressive et n'en venir à l'opération que lorsque la maladie aura résisté à de persévérants efforts. On peut, en envisageant la question de cette manière, concilier, je crois, toutes les opinions.

M. VERNEUIL. La conciliation est dans l'esprit de tous les membres de la Société, l'inventeur de la méthode a lui-même pris soin de spécifier les cas. On n'opère jamais d'emblée; l'opération est réservée pour les cas où le cul-de-sac muqueux qui sépare les mâchoires de la joue a cessé d'exister. L'opération de Rizzoli est destinée à combattre la constriction cicatricielle, c'est-à-dire la constriction qui résiste nécessairement à une dilatation, aussi patiente qu'elle soit.

M. DEMARQUAY. Il est regrettable qu'on n'ait pas conservé les muscles qui s'insèrent à la mâchoire ; il nous est impossible, à cause de cela, de bien apprécier la pièce qui nous est soumise. Quant au traitement de la constriction, il faut distinguer suivant les cas.

La dilatation peut guérir toutes les fois que les muscles sont demeurés sains; mais lorsque ces organes sont transformés, lorsqu'il y a des cicatrices puissantes, non-seulement la dilatation ne peut rien produire, mais encore l'opération de Rizzoli me paraît insuffisante. Si j'étais en présence d'un malade incurable, j'enlèverais la branche montante du maxillaire tout entière; il faut faire disparaître l'une des articulations de la mâchoire, sans cela il y aura reproduction osseuse et la consolidation des deux fragments s'opérera tôt ou tard.

PRÉSENTATION D'APPAREILS.

M. LEGOUEST présente, au nom de M. Guillot, *des appareils destinés au traitement des pieds bots.* Ces appareils se distinguent de ceux déjà construits par les particularités suivantes :

Premier appareil. — La tige postérieure est munie de trois articulations et d'un pivot mobile, qui permet l'application aux deux membres, et quelle que soit l'espèce de déviation du pied.

La vis placée à la partie interne de la tige postérieure ramène en dedans le pied renversé en dehors.

La première vis postérieure ramène le pied à angle droit, et combat la tendance du pied équin à l'extension.

La deuxième vis postérieure ramène en dehors le pied renversé en dedans. Son articulation se trouve au centre du talon.

La semelle s'articule au niveau des trois cunéiformes; elle sert à combattre le renversement de l'avant-pied sur la région calcanéo-astragalienne.

Deuxième appareil. — La tige est placée à la partie externe de la jambe. Elle possède deux articulations pour le renversement du pied varus et la flexion du pied équin.

La semelle a, dans sa partie moyenne, deux articulations permettant d'agir sur l'avant-pied. L'une donne un mouvement de rotation sur un axe vertical, l'autre un mouvement de circumduction ou de rotation sur un axe antéro-postérieur. Cet appareil complété par une guêtre lacée peut servir pour combattre le pied bot varus équin, aussi bien que le pied bot valgus équin.

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire, Dolbeau.

SÉANCE DU 19 SEPTEMBRE 1866.

Présidence de M. FOLLIN.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Montpellier médical;*

Le *Bulletin général de thérapeutique;*

Une note imprimée *sur l'ovariotomie,* par M. Antonio-Maria Barbosa. Lisbonne, 1866;

Derniers mots sur la non-contagion de la peste, par M. Clot-Bey, membre correspondant;

Pathologie et thérapeutique chirurgicale générales, par le docteur Théodore Billroth, membre correspondant, à Berlin.

M. Demarquay offre, au nom des auteurs, deux thèses pour le doctorat en médecine : *Traitement des kystes du foie,* par M. Ch.-Edmond-Marius Paul; *Anatomie pathologique des rétrécissements de la trachée,* par M. Jules Cyr;

Une observation manuscrite de kyste multiloculaire de l'ovaire

gauche; ovariotomie, par M. Dubarry, de Condom. (Commissaires : MM. Boinet, Demarquay, Labbé.)

DISCUSSION.

Tumeurs du testicule.

M. CHASSAIGNAC. La discussion qui s'est élevée dans la Société de chirurgie, au sujet des tumeurs testiculaires et de l'amputation du testicule, a prouvé que des divergences assez notables existent dans l'esprit des chirurgiens touchant la gravité de cette opération ; les uns l'ayant déclarée bénigne ou presque bénigne, les autres ayant cité de nombreux cas d'accidents graves, et même mortels survenus à la suite.

Une appréciation sérieuse du degré de gravité de cette opération ne peut être abandonnée ni au caprice ni à la versatilité individuelle; elle ne peut sortir que d'une analyse attentive des accidents considérés en eux-mêmes. C'est cette analyse que je vous demande la permission de faire passer rapidement sous vos yeux.

Parmi les dangers auxquels expose l'amputation du testicule, on doit mettre en première ligne l'hémorrhagie; les accidents nerveux graves; le phlegmon par diffusion commençant à la région du scrotum ou sur le trajet du cordon, pour se répandre soit vers le flanc, soit vers la fosse iliaque.

L'hémorrhagie. Elle peut provenir de deux sources : des vaisseaux du cordon, et dans ce cas elle est *funiculaire ;* ou de ceux du scrotum, et alors elle est *scrotale.*

L'hémorrhagie funiculaire a été, de la part des chirurgiens, l'objet d'une attention particulière, sinon exclusive ; il n'en est pas de même de l'hémorrhagie scrotale qui, avant les faits que j'ai publiés, avait passé presque inaperçue.

Ces artères des tissus dartoïques ne se comportent point comme les artères ordinaires. Leur blessure a une gravité toute spéciale. Elles la doivent en partie aux alternatives qu'elles subissent par suite des changements d'état du tissu dartoïde lui-même : à certains moments elles sont flexueuses et comme ratatinées, à d'autres moments elles sont rectilignes et comme épanouies; de plus elles sont éminemment disposées à produire l'accident du thrombus. Comparez ce que serait, dans toute autre plaie, la blessure d'une artère aussi peu volumineuse que l'est la spermatique, et vous verrez qu'on y ferait à peine attention ; que la moindre ligature en ferait justice sur-le-champ.

Les sources de l'hémorrhagie causée par la section du cordon avec l'instrument tranchant peuvent se trouver dans l'artère *spermatique* ou *testiculaire ;* dans l'artère *déférentielle,* branche née près du

vestige ligamenteux de l'artère ombilicale ; dans l'artère *crémastérique* née de l'épigastrique au moment où cette dernière passe au côté interne de l'anneau inguinal profond.

Enfin l'hémorrhagie peut dépendre des plexus veineux du cordon. Quels sont les moyens que la chirurgie oppose à ces hémorrhagies? C'est la ligature, soit du cordon en masse, soit de chacun des vaisseaux sanguins en particulier.

Le ligature en masse a de nombreux inconvénients : elle a les inconvénients communs aux ligatures médiates, c'est-à-dire qu'elle agit non-seulement sur les vaisseaux eux-mêmes, mais encore sur d'autres organes qu'il est inutile et même dangereux de soumettre à l'action si douloureuse de la ligature. En outre, de même que toutes les ligatures médiates, si exactement appliquées qu'elles soient, elle peut se trouver relativement trop lâche après le premier affaissement des tissus qu'elle embrasse, et donner lieu à des hémorrhagies non-seulement primitives et consécutives, mais même à des hémorrhagies immédiates, car M. Verneuil vous a rapporté un fait dans lequel, ayant serré de toutes ses forces une ligature appliquée sur le cordon, il vit au moment de la section de ce dernier s'élancer un jet artériel immédiat.

On reproche encore à la ligature en masse du cordon de déterminer, par la douleur qu'elle occasionne, des accidents nerveux graves, et, le plus grave de tous, le tétanos. On n'en possède que trop d'exemples, et M. Verneuil a confirmé, par un nouveau fait à lui appartenant, cette vérité d'observation généralement établie. Mais il a de plus rapporté un cas de délire nerveux qui s'est prolongé pendant près d'un septénaire chez un jeune homme opéré par lui par la seule décortication d'une hématocèle.

Enfin, il faut noter à la charge de la ligature en masse la lenteur désespérante avec laquelle elle se détache. Il est difficile en effet d'en hâter la chute par la section de l'anneau qu'elle forme et qui reste profondément enfoui dans les tissus.

Quant à la ligature isolée qui fut proposée pour la première fois par Cheselden, elle n'a pas même le mérite d'affranchir du danger des troubles nerveux, puisqu'il est un fait de M. Couronné (d'Anvers) qui prouve que le tétanos est survenu après l'emploi de ce mode de ligature. Mais, de plus, que de difficultés d'exécution, que de tâtonnements qui n'existent point pour la ligature en masse, et quelle préservation incertaine contre l'hémorrhagie; par la raison que si l'artère spermatique est toujours facile à trouver, la déférentielle et la crémastérique subissent très-souvent une fermeture momentanée qui suffit bien pour les dérober à la recherche, mais qui ne les empêche

pas de donner plus tard. Et quant à la ligature isolée des veines du cordon, sans pousser trop loin les craintes à cet égard, je repousse formellement l'idée que la ligature isolée des veines dans une plaie qui doit suppurer ne soit pas une cause imminente de phlébite purulente. Et il n'a dû échapper ni à M. Verneuil, ni à aucun de vous, que c'est précisément chez le sujet soumis à la ligature isolée des veines du cordon qu'est survenu un cas mortel d'abcès métastatiques.

Ce qui entre pour beaucoup dans la gravité des hémorrhagies du cordon, c'est la facilité avec laquelle se produit un thrombus qui masque l'orifice des vaisseaux et oblige à des compressions très-fâcheuses dans la région inguinale, ou à des applications de caustiques venant aggraver les chances de suppuration diffuse. Car il ne faut pas perdre de vue que l'hémorrhagie a plusieurs sortes de danger, dont la perte matérielle du sang n'est, dans certains cas, que le moins grave, tandis que celui qui naît des complications hémostatiques, c'est-à-dire de la nature même des moyens employés contre l'hémorrhagie, et enfin ce que j'appelle le danger moral des hémorrhagies, l'ébranlement imprimé au système nerveux de l'opéré, ont une importance qui n'a dû échapper à aucun de nous.

Il y a donc là un point de pratique grave et difficile, et pour mettre en évidence cette difficulté il suffit de rappeler le nombre considérable de procédés imaginés par des chirurgiens qui, tous, avaient été témoins de mécomptes graves, soit dans leur propre pratique, soit dans celle de leurs confrères. La connaissance seule de ces procédés et le choix à faire entre eux sont pour le jeune praticien une grande cause d'incertitude et de perplexité, quand il voit les efforts incessants et presque toujours infructueux, de la part de certains hommes qui occupent une grande place dans l'histoire de la chirurgie, tels que Franco, Bertrandi, Ledran, etc., etc.

Voyez en effet combien de procédés différents, et souvent même contradictoires, ont été proposés : ligature en masse; ligature isolée; cautère actuel; connaissez-vous quelqu'un qui y ait recours aujourd'hui? emploi des ciseaux comme agents d'affaissement des tissus; froissement préalable des vaisseaux, comme le faisait Ledran ; ligature en masse près de l'anneau ainsi que le pratiquait Purmann ; ligature au-dessus de l'épididyme (Bertrandi); ligature sur un point intermédiaire (Hœnel); constriction de la ligature aussi fortement que possible et d'emblée (Franco Pearson); constriction graduelle (Gauthier); ligature préalable du cordon avant de le couper, ou bien section du cordon avant l'application d'aucune ligature. Tout a été essayé, parce que rien n'a réussi.

Clore les vaisseaux sans les lier répond donc à un besoin réel de la chirurgie, dans l'opération de la castration, et c'est l'écrasement linéaire qui m'a paru le mieux répondre à ce *desideratum*. Seulement, loin d'imiter le procédé des vétérinaires, qui, à cause de la grande résistance du derme, mettent à découvert le cordon avant d'appliquer la chaîne, il ne faut faire aucune incision avec le bistouri; autrement on pratique une espèce d'opération mixte pouvant donner lieu à des hémorrhagies qu'on ne saurait dès lors imputer à l'action de la chaîne.

Quant à la classe d'hémorrhagies parfois très-graves qui sont dues à la blessure des vaisseaux du dartos, j'ai publié sur ce sujet des observations nouvelles (pages 309 et 311 de mon *Traité de l'écrasement linéaire*).

La section de la peau par le bistouri et la dissection faite pour séparer la tumeur testiculaire de ses enveloppes exposent à un inconvénient beaucoup plus grave qu'on ne le croirait *à priori* et dont tous ceux qui ont fait l'opération du sarcocèle ont dû être témoins; nous voulons parler de la tendance à l'infiltration purulente au milieu des diverses couches dont se compose le scrotum. Cette infiltration, une fois qu'elle s'est emparée du tissu lâche et celluleux qui forme le dartos, soit vers le cordon et de là dans la région inguinale pour remonter jusque dans le flanc ou dans le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque, soit en contre-bas dans le cul-de-sac qui reste à la partie inférieure du scrotum, et qui, dans toute opération de castration bien faite, doit être incisé jusqu'à son extrême limite. Et voyez jusqu'où a été portée à cet égard la préoccupation de quelques chirurgiens, puisqu'ils n'ont pas craint, pour prévenir la stagnation du pus, de faire l'incision cruciale et de la placer en arrière et au-dessous du scrotum.

Si l'état des tissus restait ce qu'il est au moment de l'opération, l'infiltration scrotale n'aurait pas lieu quand l'incision ne pèche pas par insuffisance de longueur; mais aussitôt que l'inflammation traumatique s'empare du scrotum, les parois de ce sac membraneux s'épaississent, se roidissent et tendent à se refermer sur la solution de continuité qui vient d'être faite. Aussi donne-t-on le conseil de reséquer les lambeaux quand ils sont trop larges, pour éviter leur enroulement, qui rendrait la guérison lente et difficile. Les chirurgiens expérimentés ont bien recours, en pareil cas, à l'emploi de mèches destinées, d'une part, à faciliter l'écoulement au dehors des produits purulents, et, d'autre part, à maintenir entre-bâillée l'extrémité inférieure du cul-de-sac scrotal; mais ces mèches sont souvent impuissantes à prévenir la rétention du pus. Or, qui dit rétention de pus

dans les plaies d'opération dit érysipèle, fusées, infection purulente, dont MM. Demarquay et Verneuil ont cité des exemples dans le cours de cette discussion.

Il y a évidemment ici possibilité, nous dirons même fréquence d'un échec grave après l'emploi du bistouri, ce que je n'ai point observé à la suite de l'écrasement qui a pour effet de condenser les tissus au lieu de les étaler, comme le fait la dissection qui ouvre, à plaie béante, les vaisseaux parfois volumineux des parois scrotales, notamment ceux de la cloison, et je ne m'étonne pas qu'on ait eu des cas d'hémorrhagie grave dans ces opérations de décortication, que j'ai qualifiées il y a longtemps d'inexécutables et de dangereuses, ce que l'événement a surabondamment prouvé.

Il est un accident (le champignon) qui a beaucoup occupé quelques chirurgiens, et qui, dans la pratique vétérinaire, joue un grand rôle à la suite de la castration ; nous voulons parler de ce boursouflement fongueux qui succède à l'opération ordinaire et se développe sur le tronçon même du cordon, de manière à nécessiter une opération secondaire. La plaie à laquelle donne lieu l'écrasement est toujours à l'abri de cette complication.

Permettez-moi, messieurs, après les considérations que je viens de vous soumettre, de vous demander si c'est de cette manière qu'il convient d'entendre le progrès en chirurgie. Je vois la liste des accidents opératoires qui s'allonge démesurément. Il n'y manque aucun des accidents anciennement connus, et toute une classe d'accidents nouveaux vient s'y ajouter. Des opérations presque aussitôt abandonnées que proposées, mais qui ne sont abandonnées qu'après de regrettables expériences. N'est-il pas temps de rappeler, non pas le trop solennel *caveant consules*, mais le modeste avertissement de l'églogue : *claudite rivos pueri, sat prata biberunt*. Deux morts sur sept opérés de sarcocèle ; la proportion mérite d'être notée. C'est, si l'on accepte les statistiques de MM. Spencer Wells et Baker Brown, une mortalité plus forte que celle de l'ovariotomie. Le testicule devenant plus dangereux à enlever que l'ovaire, il y a là de quoi réfléchir.

M. DEMARQUAY. Je comprends très-bien qu'on ait appliqué l'écrasement linéaire à la section du cordon testiculaire. Je n'ai point eu recours à ce procédé, mais il me semble que toutes les fois qu'on l'emploiera, il sera sage de comprendre la peau dans l'anse de l'écraseur. Il y a certainement des cas où l'écrasement ne peut être appliqué : c'est quand la tumeur est grosse et qu'elle remonte dans le canal inguinal ; je n'oserais pas, pour ma part, sectionner le cordon avec la chaîne, car, si dans ce cas une hémorrhagie survenait, il serait presque impossible de l'arrêter.

La ligature partielle des vaisseaux du cordon est une opération facile lorsqu'on procède régulièrement. Je conçois qu'on fasse la ligature en masse, si l'on peut placer le fil loin de l'orifice externe du canal inguinal; la tuméfaction qui résulte de cette ligature pourrait être suivie de phénomènes d'étranglement, si l'opération se rapprochait du canal.

M. TILLAUX. On a successivement parlé de la récidive du cancer après la castration, et des difficultés qui environnent le diagnostic des tumeurs du testicule. A cette occasion, je mentionnerai sommairement deux faits. Le premier est relatif à un homme de trente-quatre ans, porteur d'une tumeur du testicule. L'engorgement avait le volume du poing, on y rencontrait des bosselures fluctuantes; le développement s'était fait dans l'espace de quatre mois. M. Nélaton diagnostiqua un encéphaloïde, et l'opération fut pratiquée; c'était en 1861. J'ai revu le malade hier, sa santé est parfaite, il n'y a pas trace de récidive.

Le second malade est un vieillard qui a passé quatre-vingts ans; il a été opéré par Roux, en 1815; il est toujours guéri. Le diagnostic porté par Boyer lui-même fut inscrit hydro-sarcocèle. Quoique Boyer fît déjà la distinction entre les diverses tumeurs du testicule et qu'il réservât le nom de sarcocèle pour les cancers, la persistance de la guérison me fait supposer que l'opération a été pratiquée pour une tumeur syphilitique.

M. DEMARQUAY. Il n'y a pas encore bien longtemps que les chirurgiens extirpaient les tumeurs syphilitiques du testicule; on n'évite cette faute que depuis qu'on apporte plus de rigueur dans l'établissement du diagnostic, et cela grâce à l'enseignement de MM. Ricord et Velpeau.

Le microscope peut induire en erreur sur la nature des tumeurs du testicule. Sous le rapport de la récidive, il y a parfois dissidence entre l'examen anatomique et le résultat clinique. Je puis citer deux faits de guérison de cancer du testicule, qui remontent à 1849; j'ai également vu des cancers du sein guérir après plusieurs opérations successives. La présence de l'élément cancéreux dans une tumeur n'entraîne pas fatalement la récidive du mal.

M. CHASSAIGNAC. Je puis rassurer M. Demarquay; l'hémorrhagie n'est point à redouter lorsqu'on fait la section du cordon avec la chaîne de l'écraseur. L'expérience est aujourd'hui bien faite, et la clinique a confirmé ce que démontraient déjà les nombreuses castrations faites par les vétérinaires. Aussi haut que remontent les tumeurs dans le canal inguinal, il faut, toutes les fois que cela est possible, avoir recours à l'écrasement.

Quant à la question de la récidive du cancer, j'ai déjà signalé des faits de guérison persistante, ce que j'ai cru devoir attribuer à l'isolement absolu de certains cancers du testicule. Pour ce qui est des cancers en genéral, il n'y a que les accidents immédiats qui puissent éloigner l'idée d'une opération. L'extirpation d'un cancer, quand l'opération n'est pas grave en elle-même, est un moyen de prolonger la vie de beaucoup de malades. L'écrasement linéaire simplifie tellement les opérations, qu'il y a, dans l'emploi de cette méthode, de très-légitimes raisons pour opérer les tumeurs cancéreuses.

M. FOLLIN. A l'appui de ce que vient de dire M. Chassaignac, je citerai le fait suivant : j'ai opéré, il y a plusieurs années (1856), un jeune homme atteint d'un cancer du testicule. La récidive n'a pas tardé à se manifester dans la cicatrice. J'ai appelé en consultation M. Richet. L'extirpation a été résolue. Depuis, la guérison se maintient, et cependant le microscope nous a démontré la nature cancéreuse des deux tumeurs enlevées.

M. BLOT. La destruction du cancer me paraît un moyen de prolonger l'existence des malades. J'ai détruit par le fer rouge un cancer du col utérin, et grâce à cette opération, la malade, qui était épuisée, a pu se rétablir, marier sa fille et arranger toutes ses affaires. L'opération lui a certainement procuré quinze à dix-huit mois. Il y a dans la vie un grand nombre de circonstances dans lesquelles on rend de grands services en éloignant le moment de la mort; il ne faut jamais hésiter quand l'opération en elle-même n'offre pas trop de gravité.

M. DEMARQUAY. On a parlé de la curabilité du cancer, voici des faits. J'ai vu Blandin opérer une dame pour un cancer du sein, en 1840 ; elle est morte récemment. La sœur de cette malade avait un cancroïde de la face ; la mère était morte d'un cancer de l'utérus. Il y a dix ans, j'ai opéré avec M. Monod une femme affectée de cancer du sein ; il y a eu trois récidives sur place. Trois ou quatre ans après la dernière opération, la malade jouissait d'une santé excellente.

J'ai encore guéri une dame d'un cancer du col utérin.

D'une manière générale, nous abandonnons nos opérés trop vite ; il serait nécessaire de leur faire prendre pendant longtemps de petites quantités d'iodure de potassium, en alternant avec les préparations arsenicales.

M. GUERSANT. Un mot sur le cancer du testicule chez l'enfant. J'en ai vu deux ou trois chez Dupuytren. Pendant mon séjour à l'hôpital des enfants, j'en ai opéré sept. J'ai toujours observé une récidive prompte, après quelques mois, deux ans au plus. Malgré cela, je reste partisan de la castration ; peut-être faudrait-il préparer les jeunes sujets au moyen d'un traitement ioduré, comme le faisait

Dupuytren ; c'est ainsi que je procède, surtout dans les engorgements de nature douteuse.

Pour la castration, je préfère l'incision en arrière, et je fais la ligature partielle des vaisseaux. Chez un malade, l'opération ainsi faite fut néanmoins suivie de convulsions.

M. LARREY. Je n'ai pu suivre la discussion ; aussi craindrais-je, en insistant, de répéter ce qui a été certainement bien dit par nos collègues ; je désire insister seulement sur ce qui est relatif à l'engorgement du testicule chez les soldats. Dans l'armée, les engorgements du testicule paraissent souvent consécutifs à des influences mécaniques ; c'est une remarque que j'ai faite, je la soumets à la Société, quoiqu'on n'attache pas en général d'importance au traumatisme, dans la production des cancers. La dégénérescence tuberculeuse est loin d'être rare dans l'armée ; le diagnostic, entre cette dernière affection et le cancer, offre souvent de grandes difficultés. Les premiers faits qui m'ont frappé avaient été recueillis par mon père, à l'hôpital du Gros-Caillou ; les pièces ont été présentées à la Société anatomique : il s'agissait de malades qui avaient subi la castration pour des tumeurs tuberculeuses ramollies. A cette occasion j'ai reçu de Delpech une lettre très-flatteuse ; l'illustre chirurgien signalait les difficultés du diagnostic, et m'engageait à ne point enlever les testicules tuberculeux. Depuis, cette pratique est devenue presque générale.

J'ai toujours donné la préférence à la ligature partielle des artères du cordon spermatique. L'écrasement linéaire peut offrir quelques avantages, mais seulement dans les cas où la tumeur est éloignée de l'anneau inguinal. Quand le cancer envahit le cordon, il faut préférer à l'écrasement la dissection attentive, afin d'enlever tout le mal. Quant à la récidive qui accompagne la castration, j'ai déjà eu occasion de dire, dans une discussion précédente, qu'il me semblait que parmi les cancers externes, celui du testicule était le plus susceptible de moins récidiver. Ceci s'applique surtout à ces tumeurs dures que Dupuytren désignait sous le nom de squirrhe du testicule. Quand l'influence mécanique a réellement présidé à la production du cancer, on est peut-être encore autorisé à craindre moins la récidive.

PRESENTATION DE PIÈCE.

Tumeur fibreuse du rectum.

— **M. DEMARQUAY** présente un polype du rectum, volumineux, ayant 9 centimètres de hauteur et 5 de largeur. Ce polype a été enlevé à l'aide de l'écrasement linéaire ; on se servit de cet instrument

pour disséquer en quelque sorte le polype ; la chaîne du ligateur était portée dans l'épaisseur des parties saines voisines, à l'aide de l'aiguille courbe. Grâce à cette manière de faire, le malade qui était exsangue ne perdit que très-peu de sang et supporta très-bien l'opération. Le sujet de cette observation est un homme de cinquante-sept ans ; il a toujours été bien portant jusqu'au mois de mai 1865, époque à laquelle il fut pris d'une hémorrhagie rectale ; depuis ce moment jusqu'à présent sa santé alla s'affaiblissant, il éprouvait constamment un malaise rectal ; il rendait sans cesse des mucosités fétides et sanguinolentes ; de plus, de temps en temps quand il faisait des efforts pour aller à la garde-robe, la tumeur rectale sortait plus ou moins complétement. Il entra à la maison de santé pour se faire guérir d'une prétendue dyssenterie. Une exploration de la cavité rectale faisait découvrir une tumeur volumineuse assez molle, élastique, ne s'écrasant point sous la pression du doigt ; de plus, cette tumeur était insérée par une large base à la paroi postérieure de l'intestin rectum. On pouvait circonscrire la tumeur avec le doigt, excepté en haut ; après quelques hésitations dans le diagnostic, M. Demarquay se décida à enlever cette masse fibreuse, malgré la faiblesse du malade. Actuellement le malade est en voie de guérison.

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire, Dr Dolbeau.

SÉANCE DU 25 SEPTEMBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin médical du nord de la France*.

— M. le docteur Ribell (de Barcelone) adresse une observation d'*Exostoses générales par nutrition anomale*. (Commissaire unique, M. Broca.)

— M. Letenneur (de Nantes), membre correspondant, adresse deux observations qui seront analysées.

— Le docteur Lizé (du Mans), membre correspondant, nous adresse une observation de *Rétrécissement du bassin nécessitant la céphalotripsie;* impossibilité d'extraire le fœtus, etc. (Sera analysée.)

— Notre collègue, M. Le Fort, demande un congé d'un mois.

— M. Delore (de Lyon) adresse deux exemplaires de la thèse de M. le docteur Léon Béraud : *De la tumeur et de la fistule lacrymales au point de vue du traitement.* (Prix Duval.)

— M. Broca offre à la Société le premier volume des *Bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux.*

— M. le Président présente, de la part de M. Pamard (d'Avignon), des photographies représentant une exostose des fosses nasales. (Commissaire, M. Dolbeau.)

ECTROMÉLIE.

M. TILLAUX fait un rapport sur une observation adressée à la Société par M. Henri Dumont.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous rendre compte d'une note accompagnée d'un moule en plâtre présenté à la Société de chirurgie par M. le professeur Velpeau, au nom de M. le docteur Dumont (de la Havane). Il s'agit d'une monstruosité affectant les deux membres thoraciques. Le sujet est un enfant de douze ans, actuellement à la Havane. Le membro thoracique gauche manque complétement; à sa place existe une petite sphère molle, contractile, du volume d'une cerise. Du côté droit, voici ce que l'on observe : le bras a sa longueur et son volume normaux; l'avant-bras est extrêmement court, il mesure 7 à 8 centimètres seulement; le carpe est inappréciable sous les téguments; le métacarpe au contraire est démesurément long; le membre est terminé par trois doigts dont un situé sur le prolongement radial, très-petit, presque rudimentaire, paraît représenter le pouce; les deux autres sont suffisamment développés. L'articulation scapulo-humérale jouit de ses mouvements normaux. L'avant-bras est fléchi à angle droit sur le bras, et ne présente ainsi que les doigts qu'un mouvement de flexion fort limité. Le pouco ne possède aucun mouvement d'opposition.

Le côté gauche du thorax est plus développé que le côté droit; M. Dumont pense avec raison, je crois, que cela est dû au défaut de traction du membre supérieur absent, sur le scapulum d'une part, et à l'élévation de cet os par le trapèze d'autre part, d'où soulèvement des côtes, et par conséquent agrandissement du thorax de ce côté.

C'est à cela que se borne la communication de M. Dumont. J'ai dû, messieurs, chercher à classer la monstruosité que nous a signalée notre confrère.

Elle appartient à la classe désignée par Is. Geoffroy Saint-Hilaire, sous le nom d'*ectroméliens*, de ἐκτρώσκω, je fais avorter, et μέλος, membre. Il y a là évidemment un avortement des membres supérieurs, complet pour le côté gauche, incomplet pour le côté droit. Ce n'est pas un phocomèle, puisque cette monstruosité est caractérisée par l'avortement de tout le membre, sauf l'extrémité qui va s'attacher à sa racine. Ce n'est pas un hémimèle, monstruosité inverse dans laquelle les extrémités n'existent plus, les autres segments du membre persistant plus ou moins. Je ne saurais ranger ce cas que dans le troisième genre admis par Geoffroy Saint-Hilaire, le genre ectromèle. Pour moi, cet enfant est un ectromélien ectromèle; l'ectromélie est complète, type à gauche, elle est incomplète à droite.

Ce cas me paraît intéressant à plusieurs points de vue :

Le premier, c'est qu'il présente un exemple d'ectromélie complète, unithoracique, et que chez l'homme, il est plus fréquent de voir l'ectromélie bithoracique, la nature observant ordinairement la loi de symétrie jusque dans la production des monstruosités.

Le second, c'est que les auteurs signalent comme constante la présence dans le petit moignon représentant le membre qui fait défaut d'un débris plus ou moins considérable du membre; or il ne semble pas que la petite sphère rétractile que j'ai signalée en contienne.

Quant au côté droit, je ferai remarquer la longueur excessive du métacarpe. M. Dumont dit, dans sa note, que la conformation extérieure du membre rappelle une aile d'oiseau; j'ajouterai que la conformation intérieure s'en rapproche également : métacarpe très-long, présence de trois doigts, dont celui du milieu est le plus développé. Pouce rudimentaire privé des mouvements d'opposition.

Je vous propose, messieurs, d'adresser à M. le docteur Dumont une lettre de remercîments pour son intéressante communication, et de déposer aux archives la note ainsi que le moule en plâtre qui l'accompagne.

M. VERNEUIL. A l'occasion du rapport qui vient d'être fait, je crois devoir présenter le moule d'une difformité que j'ai observée à Lourcine; c'est un cas d'ectromélie recueilli chez un adulte.

M. TRÉLAT. Je ferai remarquer qu'on ne peut rien affirmer touchant la réalité de la malformation qui fait l'objet du rapport de M. Tillaux. Un moule ne peut suffire à justifier les hypothèses de notre collègue. Il n'y a que trois doigts pour cette main incomplète :

à mon sens, ce sont un petit doigt, un médius et un index rudimentaire ; il n'y a pas de pouce.

M. TILLAUX. Les hypothèses que j'ai formulées dans mon rapport sont justifiées par les détails que renferme l'observation de M. Dumont.

— **M. BROCA** trouve que le fait actuel est rare, et, à ce sujet, une discussion s'engage entre MM. Verneuil, Trélat et le rapporteur, pour savoir quelle place doit occuper la monstruosité en question parmi les arrêts de développement qui portent sur les membres.

La discussion sera reprise.

— **M. LARREY** fait la proposition, appuyée par M. Houel, qu'il soit fait un dessin de la pièce de M. Dumont.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

Le vice-secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 3 OCTOBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de médecine ;

Le *Recueil des actes du comité médical des Bouches-du-Rhône ;*

Mémoires et comptes rendus de la Société des sciences médicales de Lyon.

— **M. GIRALDÈS** offre en hommage à la Société, de la part de l'auteur, *The science and practice of surgery* et *Diseases of the ovaries,* par M. Spencer Wells.

— **M. LARREY** présente, au nom de M. le docteur Ch. Sarazin, candidat au titre de correspondant, une observation : *Fistule bronchiale borgne externe, chez une jeune fille de dix ans. — Opération. — Guérison.* (Commissaires : MM. Larrey, Després, Legouest.)

— **M. BROCA** présente, au nom de M. le docteur Bouyer, quatre observations, renvoyées à l'examen de MM. Tarnier, Broca, Dolbeau.

DISCUSSION.

Ectromélie.

M. TRÉLAT. J'avais dit, dans notre dernière séance, à propos du rapport de notre collègue M. Tillaux, qu'un certain nombre de faits ne trouvaient pas leur place dans les trois genres d'ectroméliens établis par I. Geoffroy Saint-Hilaire. Une foule de malformations des membres ne correspondent ni à la phocomélie, ni à l'hémimélie, ni à l'ectromélie proprement dite. Elles n'avaient pas été vues par l'illustre auteur que je viens de nommer, et il ne les a pas signalées davantage à propos des vices de conformation par défaut, qu'en traitant des monstres ectroméliens. Du reste, cette grande intelligence sentait bien que sa classification était incomplète en ce point, car après avoir remarqué que les caractères des genres ectroméliques n'ont pas de limites rigoureuses (*Histoire des anomalies*, t. III, page 236), il entrevoyait qu'on pourrait observer, par la suite, des sujets tenant à la fois de deux genres, et que ne saurait comprendre la méthode tératologique qu'il exposait. De là, disait-il, une difficulté de classification que l'on pourra résoudre en modifiant la distinction de l'un des groupes déjà établis, ou en constituant un genre de plus.

Cette difficulté est si réelle, que vous avez vu notre embarras dans la dernière séance. Le rapporteur classait la monstruosité qui était mise sous vos yeux parmis les ectroméliens ectromèles, M. Broca avait de la tendance à créer pour elle un des genres nouveaux pressentis par G. Saint-Hilaire, et je la considérais, suivant les errements de Debout, comme appartenant à la phocomélie.

En présence de ces incertitudes, j'ai pris, depuis longtemps, un parti que je ne voudrais imposer à personne, mais qui me semble sage. Je conserve les termes spécifiques ectroméliens, ectromélie ; je les applique à tous les cas d'avortement total ou partiel des membres; mais je ne me sers plus des mots phocomèle ou hémimèle que comme d'adjectifs commodes pour désigner certaines variétés, sans y attacher aucun caractère de genre, et j'indique, par leur nom, les parties qui manquent ou qui sont défectueuses.

Tout en reconnaissant avec M. Tillaux que les cas d'ectromélie bithoracique sont plus fréquents que ceux où l'anomalie ne frappe qu'un seul côté, j'avais dit que ces cas ne sont pas excessivement rares. En effet, Debout a publié, dans son mémoire, huit cas d'hémimélie unithoracique ; Otto (pl. 17 de son atlas), Blandin (*Société anatomique*, t. II, page 188) ; M. Bordet (*Société anatomique*, t. XI, page 82); Debout (huitième observation), ont cité des cas de phocomélie unila-

térale. Je l'ai moi-même observée sur un homme de vingt-sept ans, nommé Voitrin, qui se présenta à la consultation du bureau central. Il avait un humérus de 10 centimètres plus court que celui du côté opposé.

Enfin, les observations septième et vingt et unième du mémoire de Debout sont des faits d'ectromélie thoracique complète, mais unilatérale de la même façon que chez le sujet dont nous a entretenus M. Tillaux.

Il est donc établi que l'ectromélie thoracique unilatérale est loin d'être aussi rare que le pensait G. Saint-Hilaire. Mais ce qui est plus que rare, ce qu'on n'a jamais observé jusqu'ici, c'est l'ectromélie complète portant sur un seul membre supérieur avec intégrité parfaite des trois autres membres.

Debout a donné une bonne et simple raison de ce fait : il a vu que l'anomalie est d'autant plus étendue qu'elle est plus profonde ou plus grave ; aussi rencontre-t-on souvent de faibles anomalies *monoméliques*, tandis que les vices de conformation graves sont presque toujours *polyméliques*. Ce n'est pas parce que la nature observe la loi de symétrie jusque dans la production des monstruosités, comme le disait notre collègue M. Tillaux, car à ce compte, les ectromélies pelviennes devraient être le plus souvent doubles, tandis qu'on les rencontre fréquemment simples, ainsi qu'on peut le voir par les observations de Debout.

Enfin, contre l'opinion de MM. Broca et Houel, j'avais avancé que les malformations analogues à celles que nous avions sous les yeux, n'étaient pas sans exemple. Mon souvenir ne m'avait pas trompé.

Les planches 16 et 17 de l'atlas d'Otto montrent des sujets ayant les bras bien conformés, l'avant-bras très-court, articulé à angle fixe avec l'humérus, un carpe insuffisant et quatre doigts seulement. De mon côté, j'ai observé et j'ai dessiné la disposition suivante sur un enfant mort-né, recueilli aux Enfants trouvés, par mon ami M. Millard. Le bras et l'avant-bras droits sont normaux, sauf une luxation par malformation de l'article huméro-radial. La main n'a que trois doigts, l'index, le médius et l'annulaire. Du côté gauche l'anomalie est beacoup plus complète : l'humérus n'a pas de tête ; sa diaphyse n'a guère qu'un centimètre ; le cubitus manque et le radius est constituée par un os allongé qui porte à son côté interne une forte apophyse transversale, donnant insertion à tous les tendons fléchisseurs fortement rétractés. Deux tubercules cartilagineux représentent les deux rangées du carpe. Il y a deux métacarpiens complets et un troisième en partie fibreux ; ils donnent naissance à trois doigts : un annulaire et un médius fléchis et palmés, et un indicateur retourné et tortillé vers la face dorsale de la main.

Sans doute il n'y a pas similitude complète entre ces cas et celui qui nous a valu le rapport de M. Tillaux, mais il existe entre eux de suffisantes analogies pour qu'on puisse les placer dans la même catégorie ou dans le même sous-genre.

COMMUNICATIONS

Sur un œil artificiel destiné à faciliter les études ophthalmoscopiques.

M. M. PERRIN. On sait combien sont longues et décevantes les épreuves de l'initiation en matière d'ophthalmoscopie. C'est à ce point que le plus grand nombre cèdent au découragement, et que ce procédé d'investigation si précieux, si fécond, reste encore confiné en quelques mains après une existence de plus de douze années.

Le principal obstacle au progrès me paraît résider dans le peu de durée et le peu de régularité des exercices ophthalmoscopiques. On oublie le lendemain ce que l'on a appris la veille! Le maniement de l'ophthalmoscope mobile est avant tout œuvre de dextérité manuelle. Celle-ci ne s'acquiert vite et sûrement qu'avec des exercices suffisamment prolongés et suffisamment rapprochés. Ces conditions sont à peu près irréalisables si l'on n'a pour sujet que l'œil vivant. Celui-ci, s'il est sain, se fatigue vite, s'éclaire assez difficilement par suite du resserrement de la pupille que provoque la lumière vive du réflecteur. Il est vrai qu'on peut y obvier par l'emploi de l'atropine, mais alors on paralyse l'accommodation, on trouble temporairement la vue, et la ressource de la veille, édifiée par l'expérience, se gardera bien de se prêter à de nouvelles investigations, qui ne seraient pas d'ailleurs entièrement inoffensives avec un iris rendu immobile. Avec l'œil amaurotique, ces inconvénients n'existent pas; la facilité de l'observation n'y gagne guère, parce qu'avec la faculté visuelle disparaissent progressivement et la direction et la fixité du regard.

Dans les hôpitaux, on parvient, avec un peu de zèle, à triompher de ces obstacles; pour le médecin ou l'étudiant, réduit à ses ressources personnelles, c'est à peu près impossible.

C'est pour ce motif, sans doute, que, dès le début, on a songé à remplacer l'œil vivant par un œil artificiel. Diverses tentatives ont été faites dans cette direction, tant en France qu'en Allemagne, mais je ne crois pas m'écarter de la vérité en disant qu'aucune d'elles n'a atteint son but.

Pressé par les exigences d'un enseignement destiné à de nombreux élèves, je me suis mis à l'œuvre à mon tour, et j'espère être arrivé, après bien des tâtonnements, à un résultat meilleur et de nature à

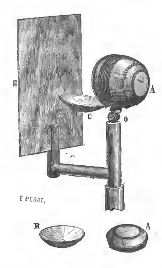
vulgariser l'emploi de l'ophthalmoscope. J'ajouterai que ce n'est qu'après une expérience fructueuse de deux années que je me décide à soumettre à votre appréciation un petit appareil construit sur mes indications, par M. Nachet, et que j'appellerai *œil ophthalmoscopique*, puisqu'il faut lui donner un nom.

Cet appareil se compose d'une sphère creuse en cuivre dont la cavité est approximativement égale au volume du globe oculaire. Cette sphère supportée par un pied qui peut s'élever ou s'abaisser à volonté, et qui est en outre pourvue d'une articulation O à sa partie supérieure, peut être tournée et inclinée dans tous les sens.

Elle se décompose en trois parties :

1° Une partie moyenne, qui correspond à la zone équatoriale, s'articule avec la tige ; elle est noircie à l'intérieur et représente plus spécialement la cavité intra-oculaire ;

2° Une partie antérieure A, qui correspond au segment polaire antérieur, se compose d'une pièce en cuivre munie d'un pas de vis assez long, à l'aide duquel il s'ajuste sur la partie précédente.



Elle renferme l'appareil dioptrique de l'œil représenté ici, pour plus de simplicité et avec une exactitude suffisante, par une seule lentille plan-convexe d'un foyer approprié. Deux petits diaphragmes, l'un de 7 millimètres, et l'autre de 3 millimètres d'ouverture, destinés à donner les différents degrés de dilatation pupillaire, s'adaptent, à

l'aide d'un pas de vis, immédiatement en avant de la lentille réfringente.

3° Une partie postérieure C, qui correspond au segment polaire postérieur, s'articule avec la partie moyenne à l'aide d'une petite charnière qui permet de l'ouvrir ou de la fermer à la façon d'une tabatière. Cette dernière pièce peut recevoir dans sa cavité de petites cupules en cuivre R de même rayon de courbure qu'elle, et sur lesquelles peuvent être peintes les images ophthalmoscopiques du fond de l'œil soit normal, soit pathologique.

J'ai fait représenter ici quelques types. Chacun peut les varier à son gré et même recueillir ou faire recueillir les faits intéressants de sa pratique personnelle, en se munissant de cupules préparées et non peintes.

Ces trois parties réunies constituent un globe oculaire complet.

Si la lentille est emmétrope, si la cupule représente l'état physiologique, on a à sa disposition un œil artificiel normal, sur lequel on peut s'exercer au maniement de l'ophthalmoscope absolument comme sur l'œil vivant.

J'ai fait disposer en arrière de l'œil un écran E, destiné à renseigner les débutants sur la direction de leur éclairage.

Chaque appareil est pourvu de trois lentilles de valeur réfringente différente, destinées à reproduire les divers états dioptriques de l'œil humain. L'une d'elles a son foyer exactement sur la rétine, quand la virole en cuivre qui la supporte est vissée à fond : elle correspond à l'œil emmétrope. Il suffit de dévisser la virole autant que possible sans la démonter, pour augmenter d'autant la longueur de l'axe antéro-postérieur du globe, et pour obtenir un degré de myopie assez élevé pour être reconnu au réflecteur. Avec la même lentille, on obtient ainsi à volonté un œil emmétrope ou myope. J'ai fait graver sur sa monture, pour la reconnaître, les lettres E et M, qui sont, comme on sait, les signes habituels de la notation de l'emmétropie et de la myopie.

Une seconde lentille, montée de la même façon, a son foyer au delà de la rétine : elle rend l'œil hypermétrope; la lettre H sert à la reconnaître.

Enfin une troisième, sphéro-cylindrique, rend l'œil astigmate. Elle est désignée par les lettres A *s*.

Les détails de construction, dans lesquels je viens d'entrer, montrent aisément quels sont les avantages spéciaux de ce petit appareil.

Ils sont de trois ordres :

1° L'œil ophthalmoscopique permet de s'exercer autant qu'on le

veut et quand on le veut au maniement de l'ophthalmoscope. Les séances peuvent être plus longues, plus rapprochées et plus régulières.

Il en résulte que, en même temps que l'on se familiarise avec les aspects ophthalmoscopiques du fond de l'œil normal et pathologique, on acquiert très-promptement cette harmonie de mouvement qui maintient en quelque sorte automatiquement sur le même axe les deux éléments de l'ophthalmoscope mobile, le réflecteur d'une part, et la lentille de l'autre. J'ai pu m'assurer bien des fois qu'un jour ou deux d'exercices, même chez des personnes étrangères à la médecine, étaient suffisants pour permettre de voir dans un œil vivant, pourvu que la pupille soit dilatée, le regard fixe et bien dirigé.

Il est à peine utile de dire que les premiers essais seront faits sans diaphragme pré-cristallinien, c'est-à-dire avec une énorme pupille. On continuera ensuite en augmentant progressivement les difficultés de l'éclairage par l'interposition du diaphragme le plus large d'abord, puis le plus étroit. Quand on perçoit nettement les détails du fond de l'œil à travers ce dernier, on peut aborder l'œil vivant.

Dans l'œil artificiel, l'appareil dioptrique, n'étant pas achromatique, fournit, quand la pupille est large surtout, des cercles brillants et colorés. Les effets catoptriques sont aussi plus accusés que dans l'œil vivant.

Tous ces effets lumineux gênent l'observateur. J'avoue que je ne m'en suis pas préoccupé, parce que je cherchais plutôt à augmenter les difficultés qu'à les diminuer.

2° Un second avantage non moins intéressant, non moins pratique, et sur lequel j'appelle plus particulièrement l'attention, réside dans la facilité avec laquelle on peut se familiariser avec les modifications apportées dans les explorations ophthalmoscopiques, par les divers états amétropiques de l'œil. L'emploi de l'ophthalmoscope en optométrie a été fort bien étudié. Mais, il faut bien en convenir, il n'est utilisé que par un très-petit nombre. Son rôle a été jusqu'alors plus théorique que pratique, même pour les observateurs exercés J'en vois la cause dans les difficultés que l'on éprouve à trouver, à point nommé, des yeux myopes, hypermétropes ou astigmates, qui permettent de sanctionner la théorie par l'expérience.

Avec l'œil ophthalmoscopique tout embarras disparaît. On constate très-facilement que, dans tout état emmétropique un peu élevé, les détails du fond de l'œil, la pupille, le système vasculaire, rétinien, etc., sont visibles au simple réflecteur ; que leur image est droite si le foyer est anté-rétinien, et renversée s'il est post-rétinien.

Et de même on vérifie les changements de forme que subit la pa-

pille dans l'œil astigmate, leur direction suivant deux méridiens perpendiculaires entre eux, selon le mode d'exploration, etc., etc.

Ce sont là des théorèmes qui semblent fort ardus et peu pratiques à tous ceux qui ne sont pas familiarisés avec les lois de la réfraction appliquées à l'optique physiologique. Avec cet appareil, leur constatation, en l'absence même de toute connaissance théorique, est plus facile, plus rapidc qu'une simple exploration ophthalmoscopique.

3° Enfin, l'œil ophthalmoscopique est destiné à un troisième but, qui sera plus particulièrement apprécié par l'enseignement. En enlevant la cupule mobile qui représente la rétine, on dispose d'un œil artificiel que l'on peut éclairer par derrière à l'aide d'un procédé approprié. Le fond de l'œil, qui est translucide et sur lequel est tracée une croix renversée, laissera passer les faisceaux lumineux qui, poursuivant leur marche, sortiront par la pupille en suivant les mêmes directions que pendant l'exploration ophthalmoscopique.

Si l'éclairage est suffisant, le milieu suffisamment obscur, on pourra démontrer expérimentalement les conditions de formation, de siége, de grandcur, de direction, etc., de l'image ophthalmoscopique.

Depuis bien longtemps déjà, j'ai commandé à un fabricant, sans pouvoir l'obtenir encore, une sorte de petite lanterne qui rendra cet éclairage simple et facile, je l'espère. Par suite de ce retard involontaire, je ne puis avoir sur cette dernière propriété que des prévisions théoriques.

M. FOUCHER. Je me suis servi du petit appareil de M. Perrin, pour exercer les élèves au maniement de l'ophthalmoscope. Je n'ai pu vérifier ce que nous a dit notre collègue relativement au diagnostic des divers états amétropiques de l'œil, parce que l'appareil que j'ai à ma disposition ne renferme pas toutes les pièces qui composent celui qu'on vient de nous montrer. Il est certain que cet appareil rendra de grands services aux commençants; il leur permet de s'exercer à bien diriger les rayons lumineux dans l'œil ct à les y maintenir; il les habitue à placer le miroir et la lentille à unc distance convenable, et j'ai remarqué souvent que les élèves, après s'être livrés à ces exercices, arrivaient facilement à voir le fond de l'œil vivant. Je dois dire, toutefois, que les reflets brillants et colorés que produit la lumière dans cet appareil, gênent considérablement les débutants, et qu'ils ont de la peine à s'en débarrasser. Enfin, il faut être prévenu que, malgré le soin avec lequel ont été peintes les diverses pièces qui représentent les états de la choroïde et de la rétine, il ne faut pas s'attendre à y retrouver complétement les apparences que l'on rencontre sur le vivant.

M. TILLAUX. Je saisis l'occasion de déclarer que j'ai pu me con-

vaincre plusieurs fois, grâce à l'obligeance de M. Perrin, de la merveilleuse facilité de l'étude ophthalmoscopique lorsqu'on s'y est bien préparé à l'aide de son appareil.

M. PERRIN. Les remarques de M. Foucher, à propos des reflets produits dans l'œil artificiel, sont très-exactes. Mais j'avoue que je m'en préoccupe peu. J'ai l'habitude de constater que les élèves arrivent aisément malgré cela à bien observer, et les quelques difficultés qu'ils ont éprouvées leur rendent plus facile l'examen de l'œil humain.

— **M. DOLBEAU** demande que M. Perrin veuille bien donner une démonstration pratique de son appareil devant la Société, ce que notre collègue veut bien faire séance tenante.

Lésions des glandes sudoripares dans l'ulcération chancreuse simple.

M. VERNEUIL met sous les yeux de la Société une série de pièces et de dessins, destinés à montrer les altérations que subissent les glandes de la peau dans certains chancres simples, et dans l'ulcération inguinale qui succède à l'ouverture du bubon chancreux (chancre inguinal).

Il résulte de l'exposition faite par M. Verneuil : 1° que dans le chancre simple, les glandes sudoripares peuvent être mises à nu et non détruites par l'ulcération de la peau.

2° Que ces glandes, en se tuméfiant et en s'hypertrophiant, peuvent, lorsqu'arrive la période de réparation, faire saillie au fond du cratère chancreux, végéter et s'élever à la manière d'un fongus, constituer alors une des variétés importantes de l'*ulcus elevatum*, et dans cet état simuler la plaque muqueuse.

3° Que l'adenome qui en résulte en se durcissant et en se couvrant d'épiderme, peut donner naissance à une induration tardive, non inflammatoire, qui, faute d'attention et d'une connaissance exacte de ce processus, pourrait être prise pour l'induration persistante d'un chancre infectant.

4° Cette pseudo-induration, examinée au microscope, présente les caractères essentiels de l'adénome sudoripare : épithélium nucléaire ou pavimenteux à petites cellules hexagonales, noyaux allongés, elliptiques, globes épidermiques, etc. La glande toutefois a perdu sa structure lobuleuse, qu'on ne reconnait que dans la première période du mal et avant le commencement de la période de réparation.

5° En dehors de l'examen microscopique, on peut encore reconnaître la pseudo-induration à des caractères assez délicats à saisir, et surtout à son apparition très-tardive, alors qu'on ne peut plus invoquer l'état

inflammatoire qui accompagne le travail d'ulcération dans sa période d'activité.

6° La pseudo-induration de nature glandulaire est une terminaison rare du chancre mou. La métamorphose en pseudo-plaque muqueuse l'est beaucoup moins, elle est commune surtout chez la femme au voisinage de la région anale.

7° L'importance seméiologique extrême qu'on accorde à l'induration tardive et indolente qui succède au chancre en général et aux plaques muqueuses, indique tout l'intérêt qu'il y a à ne pas confondre un accident en quelque sorte pathognomonique de la vérole avec d'autres altérations consécutives au chancre simple. On comprend à quelles erreurs de diagnostic et de pronostic thérapeutique une pareille méprise pourrait conduire.

8° Une altération très-analogue des glandes sudoripares peut naître à la suite d'un chancre inguinal. Seulement la disposition des saillies glandulaires est inverse, ce qui se comprend sans peine dans le chancre ordinaire; en effet, le travail ulcératif marche de dehors en dedans ou de la superficie à la profondeur. La glande mise à nu par sa face interne est isolée de la peau et reste adhérente au tissu cellulaire sous-cutané. C'est de là, quand elle n'est pas détruite, qu'elle végète et s'élève. Dans le chancre inguinal au contraire, la peau n'est intéressée et perforée qu'en dernier lieu. Le décollement effectué par le foyer purulent soulève le derme et avec lui ses annexes, c'est-à-dire les glandes: aussi ces dernières restent-elles adhérentes au ligament par celle de leurs faces qui donne naissance au conduit excréteur. D'où résulte encore que les adénomes, quand ils se produisent, font saillie à la face profonde de la peau décollée, et s'y présentent sous la forme de petits mamelons libres dans la plus grande partie de leur étendue.

9° Comme dans le chancre ordinaire, l'adénome sudoripare du chancre inguinal ne se produit que tardivement, lorsque le travail de réparation est en pleine voie. Aussi ne peut-on guère le rencontrer que sur des bubons ouverts depuis longtemps, à bords calleux et déjà en parties recouverts d'épiderme. Dans ces cas, en examinant avec soin les bords en question, il n'est pas rare d'y rencontrer de petites masses du volume d'une tête d'épingle à un grain de chènevis, dures, résistantes, d'un rose pâle, assez bien isolées et se distinguant des autres bourgeons charnus, par leur consistance beaucoup plus grande, leur couleur plus pâle, leur vascularité moindre, et enfin leurs caractères histologiques. Le microscope, en effet, y révèle la structure déjà indiquée plus haut pour les indurations glandulaires, c'est-à-dire le même épithélium, les mêmes globes épidermiques, etc.

C'est l'examen d'un de ces bourgeons particuliers, fait sans idée préconçue, qui pour la première fois a mis M. Verneuil sur la voie de ces lésions glandulaires aussi singulières qu'inattendues.

10° Quoique l'hypertrophie glandulaire paraisse débuter par les bords de l'ulcère, c'est-à dire dans le point où le travail de réparation prédomine, on peut rencontrer des glandes altérées dans toute l'étendue de la portion décollée de la peau. Sur une des pièces montrées à la Société et qui comprend toute la paroi supérieure d'un décollement réséqué circulairement, on voit toute la face profonde de l'anneau cutané excisé tapissée d'une couche presque continue de glomérules à peine adhérentes, de consistance cornée, de dimensions à peu près égales et dont l'œil nu soupçonne déjà la nature glandulaire. Sur une surface qui égale à peine un demi-pouce carré on peut compter plus de vingt glandes bien distinctes.

11° Si ces adenomes naissent sous l'influence d'un travail très-lent de cicatrisation, on conçoit également qu'ils retardent à leur tour l'achèvement de la réparation, en effet, ils doivent agir à la face profonde de la plaie à la manière des corps étrangers et ne contracter qu'avec peine l'adhésion secondaire avec la paroi opposée du décollement, laquelle est tapissée de bourgeons charnus ordinaires. Peut-être même le recollement n'est-il possible qu'après l'atrophie de ces glomérules; mais on ne saurait, faute d'observation directe, rien dire de certain à cet égard.

12° M. Verneuil regrette que son passage trop court à l'hôpital du Midi et l'époque tardive à laquelle il a commencé ces recherches ne lui aient pas permis de les pousser jusqu'au bout, il engage donc ses collègues des hôpitaux à poursuivre une étude aussi féconde. Quoi qu'il en soit, si imparfaites que soient ces données, en ce qui touche surtout le chancre simple, elles tendent à rendre encore plus radicales les différences déjà si nombreuses que les modernes ont signalés entre le chancre simple et le chancre infectant.

13° Plus on étudiera le processus du premier, plus on verra qu'il est absolument différent de celui qui accompagne le second; les arguments tirés de l'anatomie pathologique et de l'histologie auront donc cet avantage précieux d'appuyer encore plus solidement la belle théorie de la dualité chancreuse, théorie qui n'est plus guère douteuse pour ceux qui consentent à voir les faits sans idées préconçues et sans s'incliner devant le joug des doctrines.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Double fracture compliquée des fémurs, guérison sans claudication.

M. NOGUÈS, chirurgien-major, présente le sujet atteint de ce double traumatisme, et en remet l'observation suivante :

Fracture oblique des deux fémurs. — Complication de plaie du côté gauche, produite par l'issue d'un des fragments. — Fracture compliquée du maxillaire inférieur. — Commotion cérébrale.— Cachexie scorbutique, ramollissement du cal à gauche. — Élimination d'une esquille. — Guérison. — Difformité, raccourcissement et claudication pour ainsi dire nuls, par le docteur HERBECQ, *médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Bayonne.*

Dans la nuit du 20 février 1865, le caporal B..., du 93e de ligne, rentrant à la caserne du Château-Neuf dans un état d'ivresse, s'était égaré dans une chambre du second étage. Sa présence parut suspecte aux hommes qui y étaient couchés ; ils voulurent l'arrêter ; mais le caporal, en leur échappant, se précipita par la fenêtre et tomba sur le pavé de la cour.

Informé de l'accident, je me rendis à l'hôpital où le blessé venait d'être transporté par les soins des médecins du corps, MM. les docteurs Noguès et Mercadier.

Le caporal B... a vingt-quatre ans ; il est de taille moyenne, fort bien musclé et d'un tempérament lymphatique.

Je le trouve sans connaissance, ne présentant qu'une sensibilité très-obtuse, ce que j'attribue à son état d'ivresse, mais surtout à la commotion cérébrale résultant de la chute qu'il vient de faire. Le pouls est déprimé ; il y a tendance au refroidissement.

Mes collègues et moi constatons :

1° Du sang s'écoule de la bouche et d'une plaie située au-dessous du menton ; il existe une fracture du maxillaire au niveau de la symphyse. Le doigt peut pénétrer jusqu'à cette fracture, soit à travers la gencive, soit par la plaie ; il y constate des esquilles et des fragments de dents brisées. Plusieurs petites molaires sont arrachées ou cassées, les incisives plus ou moins ébranlées. Il semble qu'il existe de la crépitation au niveau du col de la branche montante du maxillaire à droite ; mais la fracture, en ce point, n'a jamais été bien constatée.

2° Il s'écoule du sang par le conduit auditif droit, mais on ne peut en découvrir la source.

3° Les cuisses sont déformées, leur raccourcissement est évident ;

il est facile de reconnaître la fracture des deux fémurs un peu audessous de leur milieu. Elle doit être oblique à cause du chevauchement considérable des fragments qui font saillie, pendant que les pieds retombent en dehors. Ce déplacement se reproduit dès que les parties cessent d'être maintenues.

A droite : la fracture est simple ; elle me paraît avoir sa direction de haut en bas et de dedans en dehors. L'extrémité du fragment supérieur se sent à la face externe du membre. Les téguments sont intacts.

A gauche : la fracture me paraît s'être faite de haut en bas et d'arrière en avant. En effet, il existe à la face antérieure de la cuisse une plaie qui résulte clairement de l'issue d'un des fragments ; et la direction de la plaie me porte à croire que le fragment supérieur à traversé la peau au moment de la chute. Le doigt introduit dans la plaie ne peut atteindre le foyer de la fracture, et ne sent point d'esquilles. Cette recherche est faite avec ménagement.

4° Il n'existe aucune autre lésion.

Pansement : les plaies étant débarrassées du sang et des corps étrangers qu'elles contiennent, une fronde est appliquée au menton.

Pour les membres inférieurs, je construis, à l'aide de draps et de traversins, un double plan incliné sur lequel les genoux se trouvent fléchis. Le plein d'un drap plié selon sa longueur est placé au devant des jambes, comme moyen d'extension ; ses extrémités sont fixées au lit. La contre-extension est produite par le poids du corps. Le lieu des fractures est enveloppé de compresses froides. Boissons aromatiques chaudes. Le pouls se relève.

Le 21 février, le malade supporte bien sa position ; intelligence plus nette, réaction modérée. Une planche assez large est interposée entre la paillasse et le matelas.

Je fais construire une boîte de Baudens à deux compartiments, de telle façon que le siége soit placé à l'aise dans l'évasement compris entre les deux plans latéraux qui s'élèvent jusqu'aux crêtes iliaques.

Je l'applique trente-six heures après l'accident. Le système de déligation est le même que celui qui a été décrit par l'habile chirurgien du Val-de-Grâce, avec la différence que chacun des liens de la contre-extension va s'attacher au montant de la tête du lit. Le plan du lit incline des pieds vers la tête pour éviter que le poids du corps ne vienne agir dans le sens du chevauchement, et pour favoriser la contre-extension. Continuation des applications froides sur les cuisses.

Pour maintenir les fragments du maxillaire, j'ai recours à un fil de platine embrassant les incisives médianes ; il est renforcé par un fil de soie qui relie les quatre incisives ; les dents de gauche, plus forte-

ment ébranlées, tombèrent plus tard. La fronde du menton, renouvelée à chaque pansement, complète la contention. Sauf une esquille qui fut éliminée consécutivement par la plaie située sous la symphyse, le travail de réparation a marché régulièrement et s'est terminé en six semaines, sans autre difformité qu'un peu de retrait du menton, résultat inévitable de la perte de substance. — Les aliments ont été aussi substantiels que possible, on les a administrés par le vide qu'a occasionné la perte des molaires et des canines.

Est-ce à l'issue facile du pus par la plaie que le blessé doit de n'avoir éprouvé aucun des accidents d'infection putride à craindre en pareil cas? (Richet. — Baron Larrey, Société impériale de chirurgie, séance du 27 septembre 1865.) — Dupuytren conseillait, quand il n'y avait pas de plaie extérieure, de faire une contre-ouverture dans la région sus-hyoïdienne.

Dans les jours qui suivent l'accident, la face est tuméfiée et ecchymosée, les paupières en particulier. Ces signes d'une abondante extravasation sanguine ne se dissipent qu'avec lenteur.

Aux membres inférieurs, lorsque je cesse les irrigations froides, je remplace les lacs coaptateurs de Baudens par un bandage de Scultet, dans l'espoir qu'une compression méthodique ainsi exercée s'opposera plus efficacement à l'action musculaire et assurera mieux la coaptation.

Je ménage une ouverture en face de la plaie, et j'en double le pourtour avec un tissu imperméable. — Ces bandages sont réappliqués au fur et à mesure du retrait des parties molles. — L'extension et la contre-extension sont maintenues dans un juste degré d'efficacité. — L'état général est l'objet d'une surveillance attentive, ainsi que les mouvements du blessé, et en particulier ceux auxquels il est obligé de se livrer pour satisfaire aux besoins d'exonération.

Résumé de l'état du blessé, six semaines après l'accident:

État général bon; — fracture du maxillaire consolidée, plaie du menton presque complétement cicatrisée. — Le blessé peut soulever ses membres inférieurs au-dessus du plan du lit; les cuisses ont à peu près la même longueur et ne présentent pas de difformité. En promenant les doigts sur la cuisse droite, on sent la saillie du fragment supérieur. — A gauche on perçoit une induration des tissus profonds qui font corps avec le cal. La plaie ne fournit plus qu'une goutte de sérosité par vingt-quatre heures.

Il me semblait que le moment arrivait de rendre un peu de liberté aux membres inférieurs; car immobiliser trop longtemps le blessé, n'était-ce pas faire souffrir sa nutrition?

M. le Dr Maupin, médecin principal de 1re classe, reprend le ser-

vice de chirurgie. A la boîte double à fracture de cuisse il substitue, pour chaque membre, une boîte à fracture de jambe de Baudens qui doit servir à continuer l'extension, tandis que les cuisses demeurées libres sont légèrement fléchies vers le bassin. La contre-extension se fait encore de la racine des cuisses à la tête du lit.

Rien à noter pendant trois semaines. A cette époque le foyer de la fracture à gauche devient le siége d'un travail d'élimination. Une incision donne issue à une esquille de trois centimètres de long sur un de large, taillée en biseau et attribuée par M. le Dr Maupin au fragment inférieur. Le travail de réparation reprend son cours.

Le 10 mai.— Près de quatre-vingts jours se sont écoulés depuis l'accident. Les membres inférieurs sont rendus à la liberté; ils sont amaigris comme le reste du corps. Le malade présente quelques symptômes de scorbut.

Le 26. — Les symptômes du scorbut sont plus marqués. La figure est pâle et amaigrie, l'appétit s'est perdu. Les cicatrices de deux petites plaies produites au cou-de-pied gauche sont violacées; elles se rompent et laissent échapper en abondance du pus séro-sanguinolent. La plaie par laquelle a été extraite l'esquille secondaire fournissait à peine quelques gouttes de pus; elle a pris une teinte blafarde et verse depuis quelques jours des flots de pus mal lié. — Le cal est ramolli au point de permettre au membre de s'infléchir en arrière quand le malade veut se soulever; il est douloureux. — Après chaque pansement, le membre est immobilisé dans la position horizontale à l'aide de trois attelles bien ouatées, l'une postérieure dépassant le jarret de quatre travers de droigt, les deux autres latérales.

Le 5 juin. — Amélioration de l'état général. La plaie de la cuisse fournit moins de pus et il est d'un meilleur aspect. Le cal est moins sensible, il est toujours peu résistant.

Le 20. — Plus de traces de suppuration; le blessé peut lever le membre sans douleur et sans que la moindre hésitation soit remarquée dans la tige osseuse; la douleur du cal, spontanée ou provoquée. a disparu. La pâleur du malade, l'aspect violacé des cicatrices, persistent.

Le 23. — Amélioration générale.

Le 23 juillet. — État général satisfaisant : le malade se promène depuis quelques jours à l'aide de béquilles. Pas de douleurs dans le membre droit, les mouvements la réveillent dans le cal à gauche, mais ils cessent dès que le membre est au repos.

Aucun incident ne vient plus entraver la guérison, et le caporal B.... qui ne se sert plus que d'une canne, quitte l'hôpital le 12 septembre pour rentrer à son corps en garnison à Lorient. — Il y est

resté sans présenter aucun accident jusqu'au moment où il a été envoyé à Baréges pour y faire usage des eaux, du 1er juin au 9 juillet 1866.

Mon collègue et ami le Dr Noguès, médecin-major de 1re classe du 93e d'infanterie, m'a fourni les renseignements suivants qu'il a recueillis sur le caporal B.... à sa rentrée des eaux :

« Paris, le 27 juillet 1866.

« La mâchoire fonctionne bien. Les dents absentes sont : à droite, les petites molaires et la canine dont il ne reste plus que la racine. Les incisives existent. A gauche, il manque les deux incisives, la canine et les petites molaires dont une seulement a conservé sa racine; dans la mastication, les grosses molaires qui sont intactes et au complet se correspondent bien. Le menton est un peu dévié à gauche; la joue droite un peu plus creuse.

« 2° La taille portée sur le livret du caporal B.... au moment de son incorporation est de 1m 600mm. Je viens de le toiser moi-même et je trouve exactement la même taille. Son accident lui a fait perdre exactement tout ce qu'il avait dû gagner en croissance depuis son arrivée au service; mais comme il n'a été toisé qu'à son arrivée au corps, il est impossible de déterminer la quotité de cette perte. — Le raccourcissement est à gauche d'un centimètre plus fort qu'à droite; je viens de m'en assurer par plusieurs mensurations comparatives. — C'est à gauche qu'il y avait une plaie par laquelle est sortie une esquille consécutive.

« 3° La courbure des cuisses chez tous les hommes, un peu plus chez ceux qui sont petits et trapus, présente un certain degré de convexité en avant et en dehors. La convexité en dehors est exagérée chez le caporal B...., surtout à la cuisse gauche. La cicatrice ne paraît pas adhérer à l'os. Le cal de ce côté paraît plus volumineux.

« 4° Ce n'est que rarement, dans les brusques changements de temps, surtout quand l'hygrométrie de l'atmosphère devient plus prononcée, que B.... ressent de la douleur au siége de la fracture du membre gauche.

« 5° La marche est facile, la claudication très-légère, il faut de l'attention pour la reconnaître. Elle ne saurait être attribuée à la douleur qui n'existe qu'exceptionnellement; elle doit reconnaître pour cause l'inégalité des deux membres et la roideur des articulations.

« 6° Le caporal B.... éprouve une gêne très-grande à prendre la position accroupie; le tronc ne se fléchit sur les cuisses, et celles-ci ne se fléchissent sur les jambes que d'une manière très-incomplète.

« L'état des muscles qui ont été déchirés lors de l'accident, puis en-

globés par le cal lorsqu'il a réuni les fragments chevauchant l'un sur l'autre, ne doit pas leur permettre de s'allonger comme ils le faisaient dans leur intégrité. Il n'y a pas rétraction musculaire, mais solution de continuité et perte de substance.

« Ne serait-ce pas la cause de cette gêne au moins autant que la raideur articulaire?

« 7° L'état général de B.... est excellent. Les eaux ont produit un très-bon effet, surtout en amoindrissant de beaucoup les raideurs articulaires, qui me paraissent avoir chance de disparaître complétement après une seconde saison à Baréges.

« 8° Le caporal B.... pourrait très-bien continuer un service sédentaire; mais comme il lui serait impossible de satisfaire à toutes les exigences du service actif, il va être proposé pour la réforme. »

Les renseignements confirment l'espoir que nous avions fondé sur la parfaite guérison du blessé à sa sortie de l'hopital militaire de Bayonne : elle a été constatée par le conseil de santé des armées auquel le caporal B.... a été présenté par le docteur Noguès.

M. DESPRÉS. M. Velpeau a depuis longtemps indiqué, dans ses leçons cliniques, que les malades ne boitaient pas même avec un raccourcissement de deux ou trois centimètres. S'il était présent, il ajouterait sans doute que le raccourcissement devait être peu à craindre dans ce cas, puisque les deux cuisses étaient fracturées.

M. CHASSAIGNAC. J'ai donné des soins à un malade qui avait les deux cuisses et la colonne vertébrale fracturées; de même que celui-ci, il guérit sans raccourcissement et marcha sans boiter. J'avais attribué cet heureux résultat à deux causes : d'abord à la paraplégie, qui persista longtemps et enleva aux muscles tout pouvoir contractile pendant le traitement qui fut des plus simples; en second lieu à ce que les deux membres avaient été simultanément brisés.

M. LARREY. J'avais eu l'occasion de voir à Toulouse l'intéressant sujet que vient de nous présenter M. Noguès. Je suis d'autant plus heureux d'entendre les explications à l'aide desquelles nos collègues se rendent compte du très-beau résultat obtenu, que j'avais eu l'occasion d'exprimer les mêmes opinions.

PIÈCE ANATOMIQUE.

Arthrites diffuses du poignet et du corps, ayant nécessité l'amputation.

M. LABORIE. Les circonstances qui m'ont conduit à pratiquer cette amputation et la nature des lésions m'ont paru de nature à attirer l'attention de la Société.

Le sujet travaillait de son état de maçon, lorsqu'il fut précipité d'un échafaudage élevé. Il ne dut la vie, paraît-il, qu'à un hasard heureux qui lui permit de s'accrocher à une traverse à laquelle il resta suspendu par une main pendant plusieurs minutes.

Immédiatement, pas de lésions appréciables, si bien qu'il reprit ses travaux et ne se présenta à l'hôpital que quelques jours après.

Le chirurgien qui le vit crut devoir lui faire une cautérisation au fer rouge, et au bout de quelques jours le dirigea sur l'asile.

Je reconnus, dès son arrivée, un état grave de l'articulation et de la région carpienne, partout gonflées et douloureuses. Placé à l'infirmerie, ce malade fut bientôt pris d'accidents généraux graves de nature typhoïde. Malgré l'immobilisation et la position, le cubitus se luxa spontanément et les douleurs devinrent tellement intolérables que je fus, presque malgré moi, conduit à l'amputation que je pratiquai dans l'avant-bras.

Je dus m'en applaudir, car pendant cinq jours, l'état du malade fut amélioré et ses souffrances presque nulles. Il succomba néanmoins, après quelques heures d'un délire tranquille, le sixième jour.

Ce qu'il y a de remarquable sur la pièce, c'est, d'une part l'absence de lésions dépendantes du traumatisme et, d'autre part, l'étendue de l'inflammation qui a envahi le poignet et toutes les articulations du carpe, dont les os mobilisés peuvent jouer les uns sur les autres.

COMMISSION POUR LE PRIX DUVAL.

La Société, appelée à voter au scrutin, désigne pour cette commission : MM. Chassaignac, Perrin, Dolbeau et Tillaux.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire, F. Guyon.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

La séance est ouverte à trois heures trois quarts.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

La Gazette médicale de Strasbourg ;

Le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique;*
Le *Montpellier médical.*

— **M. FOLLIN** dépose sur le bureau, au nom de l'auteur M. le docteur Magitot, une brochure intitulée : *Études et expériences sur la salive considérée comme agent de la carie dentaire.*

— **M. LARREY** présente, au nom de M. Sistach, candidat au titre de correspondant, une note intitulée : *Note sur une luxation complète en dehors de l'articulation huméro-cubitale.* (Renvoyée à la Commission d'examen des travaux de M. Sistach.)

— **M. VELPEAU** présente, au nom de l'auteur M. le docteur Anger, une brochure sur les mélanomes.

Luxation sous-conjonctivale du cristallin.

— **M. TILLAUX** donne lecture de la note suivante :

« Messieurs, j'ai fait venir pour vous le présenter, du service de M. le professeur Denonvilliers à la Charité, un malade affecté de luxation sous-conjonctivale du cristallin. La lésion est récente, elle remonte seulement à huit jours; aussi n'est-ce point l'observation complète, mais seulement quelques réflexions qu'il est possible actuellement de vérifier que je me propose de soumettre à votre appréciation.

« Parmi les lésions traumatiques qui intéressent le globe de l'œil une des plus rares est certainement celle que Mackensie a appelée luxation sous-conjonctivale, et que les auteurs du Compendium proposent d'appeler déplacement sous-conjonctival du cristallin. On n'en rencontre que rarement dans les hôpitaux, des chirurgiens fort expérimentés et possédant une longue pratique n'en ont jamais vu.

« J'en ai récemment observé un cas, à l'occasion duquel je vous demande la permission de faire quelques réflexions, qui porteront principalement sur le diagnostic de cette lésion.

« Un point qui frappe en lisant les diverses observations de luxation du cristallin, c'est le siége de la rupture de la sclérotique, et par conséquent le siége de la tumeur formée par l'organe déplacé. Presque toujours la coque oculaire est rompue en dedans de la cornée, entre cette membrane de la caroncule lacrymale; plusieurs fois la rupture s'est effectuée en haut, je ne l'ai vue signalée en bas et en dehors dans aucune observation. Je dois excepter toutefois un fait que m'a communiqué M. Verneuil, et dans lequel la luxation s'est produite en dehors; ce fait serait donc unique. Cette constance dans le siége de la lésion fait nécessairement penser au mécanisme suivant lequel elle se produit.

« L'anatomie est impuissante à nous en fournir l'explication, car la

sclérotique n'est pas moins résistante à la partie interne que dans les autres points de son étendue.

« La rupture de la sclérotique se produit-elle de dehors en dedans sous l'influence directe du choc, la conjonctive résistant alors à cause de sa laxité, ou bien de dedans en dehors et alors d'une façon indirecte, dans le lieu opposé au point frappé, comme le pensent les auteurs du Compendium ? Le lieu d'élection de cette luxation tendrait à faire adopter cette seconde manière de voir. Toutefois le cas que j'ai observé ne lui est pas favorable. Je suis convaincu que la plaie de la sclérotique a été faite et que le cristallin est sorti dans le point directement frappé, et la raison, c'est qu'ayant observé le malade au lendemain de l'accident, je n'ai aperçu aucune trace de violence, si ce n'est à la partie interne. Les paupières, la sclérotique, la conjonctive, étaient saines.

« Le diagnostic de cette lésion est entouré d'une certaine difficulté, puisque c'est seulement dans ce siècle que la luxation sous-conjonctivale du cristallin a été reconnue.

« Le signe invoqué par tous les observateurs, et l'un des meilleurs en effet, des plus saisissants, c'est la tumeur formée sur un point quelconque du globe de l'œil, et principalement vers le grand angle, par le cristallin déplacé ; tumeur arrondie à sa base qui repose sur la sclérotique, et présentant un sommet mousse qui soulève la conjonctive ; tumeur rappelant la forme de l'organe assez souvent translucide. Il n'est pas possible de méconnaître la lésion lorsqu'elle se présente avec ces caractères. Ajoutons que la cornée restée transparente, permet de voir un épanchement de sang remplissant les chambres de l'œil, que l'iris, le plus souvent déchiré ou décollé, disparaît au milieu des caillots.

« M. Gosselin a ajouté au diagnostic deux signes tirés, le premier de la forme de la cornée, et le second de la tension oculaire.

« La cornée perdrait sa forme arrondie pour revêtir celle d'une ellipse soit à grand diamètre vertical, soit à grand diamètre transversal, suivant la direction du choc. Le malade que je vais avoir l'honneur de vous montrer présente très-manifestement une cornée elliptique à grand diamètre transversal.

« Le second signe indiqué par M. Gosselin est la dépressibilité plus grande du globe oculaire du côté malade que du côté sain, ce qui résulte de la tension moindre du globe après la sortie du cristallin. Mais ce signe me paraît très-délicat à percevoir, et je n'oserais dire que je le constate chez mon malade.

« Tels sont les signes physiques indiqués par les auteurs dans les différentes observations qui ont été publiées.

« J'ai dit que le diagnostic était aisé lorsqu'il existe sur la sclérotique une tumeur bien circonscrite, arrondie, et transparente, rappelant la forme et le volume du cristallin, mais il n'en est pas toujours ainsi, ce qui a fait dire probablement aux auteurs du Compendium que « dans la plupart des cas cités jusqu'à ce jour, on n'a bien apprécié la nature de la lésion qu'au moment où l'incision a été faite. »

« En effet, que la conjonctive soit soulevée par du sang épanché, que le cristallin lui-même soit entouré de sang, et alors la tumeur ne sera plus circonscrite, elle ne sera plus transparente, elle se confondra insensiblement avec les parties voisines, et l'on pourra croire aisément à un simple épanchement sanguin sous-conjonctival. C'est pour cela que j'appelle votre attention sur un signe dont j'ai été frappé en étudiant mon malade, signe qui, je crois, doit toujours exister et que l'on pourra par conséquent invoquer avec fruit dans les cas douteux ; je veux parler d'une *déformation* spéciale. La cornée a perdu sa forme convexe, elle est aplatie ; mais, dira-t-on, il en est de cet aplatissement comme de la tension, comme du volume relatif du globe oculaire, à moins que ces signes ne soient très-prononcés, ils peuvent passer inaperçus ; et en effet, en découvrant les deux yeux de mon malade, je voyais bien que la cornée droite était moins saillante que la gauche, mais ce signe n'était pas saisissant. Il le devient immédiatement, ainsi que vous pourrez vous en assurer, aussitôt que les deux yeux sont recouverts des paupières. Ces deux voiles se moulent exactement sur les globes oculaires et traduisent beaucoup plus exactement la déformation, car l'arcade orbitaire fournit un point de comparaison qui manquait lorsqu'ils étaient écartés.

« C'est ainsi que du côté sain, le globe se dessine sous la forme d'une saillie convexe, proéminente ; du côté malade la saillie n'existe pas, la paupière est aplatie. Du côté sain, la peau, soulevée par la tumeur, est régulièrement étalée à sa surface ; du côté malade, la peau ridée présente un pli transversal très-manifeste ; du côté sain, la dépression orbito-oculaire est profonde ; elle est beaucoup moindre du côté malade.

« En sorte, messieurs, que je serais disposé à considérer la déformation palpébrale comme un signe plus généralement certain de luxation sous-conjonctivale du cristallin, que la tumeur scléroticale elle-même, puisque celle-ci peut être masquée, défigurée par un épanchement sanguin, tandis que la déformation resultant du déplacement du cristallin doit être aussi constante que ce même déplacement.

« Cette déformation spéciale, qui reconnaît pour unique cause

l'aplatissement de la cornée, se traduit donc par les trois signes suivants :

« 1° La paupière supérieure a perdu de sa convexité;

« 2° Elle présente un aspect ridé et plissé;

« 3° Le creux orbito-palpébral est moins profond que celui du côté opposé. »

M. PERRIN. Je viens d'examiner le malade présenté par notre collègue, et je dois dire qu'en ce moment la luxation du cristallin ne me paraît point évidente; on trouve seulement les traces d'une contusion de l'œil avec suffusion sanguine, déformation de la pupille et staphylôme de la choroïde. Tout dernièrement, j'ai observé des lésions identiques chez une vieille femme qui avait reçu un coup de fourche, et cependant la luxation du cristallin manquait.

M. TILLAUX. Je m'attendais à l'objection que vient de faire M. Perrin. Au moment de l'accident, la petite tumeur était bien circonscrite, transparente; il n'y avait pas de doute; j'ajouterai qu'une ponction exploratrice a confirmé la présence du cristallin luxé sous la conjonctive. Depuis, les choses se sont modifiées, et aujourd'hui, le diagnostic ne laisserait pas que d'être embarrassant si l'on n'avait à sa disposition que les symptômes classiques.

L'objet de ma communication a pour but d'attirer l'attention sur des signes qui permettent de diagnostiquer la luxation à toutes les époques de son existence.

LECTURE.

M. GALÉZOWSKY lit une note relative au traitement des affections de la cornée par les préparations de fève de Calabar. (Commissaires : MM. Perrin, Foucher et Tillaux.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES.

M. VERNEUIL présente des pièces anatomiques, à l'appui de la communication qu'il a faite dans la séance précédente sur *les modifications imprimées aux glandes sudoripares par l'ulcération chancreuse.*

Production irrégulière du tissu unguéal.

— **M. BROCA** présente une petite tumeur qu'il a enlevée; il ajoute les détails suivants : Un enfant de six ans eut un panaris de l'index, qui fut traité d'une manière assez irrégulière. La chute de l'ongle fut la conséquence d'une suppuration chronique; au bout de quelques mois, l'ongle se reproduisit, mais d'une façon très-anormale. Cet organe se présente aujourd'hui sous l'apparence d'une plaque concave, plus mince dans la partie centrale que vers les bords, qui offrent des

cannelures longitudinales. Cet ongle, moins long qu'il ne devrait être, se termine en arrière par un bord, et c'est entre ce bord et l'interligne articulaire qu'apparaissait la tumeur qui fait l'objet de cette communication ; il s'agissait d'une petite saillie abrupte soulevant la peau mince en cet endroit, mais non adhérente. La tumeur était très-dure, jouissait d'une mobilité absolue. J'ai pensé, dit M. Broca, qu'il s'agissait là d'une production irrégulière de tissu unguéal, formée par la partie postérieure de la matrice de l'ongle.

J'ai enlevé ce petit corps, qui ressemble, comme vous le voyez, à une sorte de dent de poisson, et l'examen microscopique a confirmé mes présomptions en démontrant que la tumeur se composait uniquement de cellules épithéliales très-adhérentes entre elles.

La séance est levée à cinq heures.

Le vice-secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDES.

La séance est ouverte à trois heures et demie.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin général de thérapeutique ;*

Les *Comptes rendus des séances des mémoires de la Société de biologie.*

— M. Larrey présente à la Société, au nom de M. Rizet, médecin-major du 1er régiment du génie, une observation de *luxation irréductible en arrière de la phalange unguéale du pouce du pied droit* (avec planche) ; au nom de M. le docteur Joly, une brochure intitulée : *Études sur un monstre exencéphalienné à Toulouse.*

— M. Trélat présente, au nom de MM. les docteurs Oré (de Bordeaux) et Béro, ingénieur civil, *un projet de maternité et d'école d'accouchement* (avec planches). Commissaires : MM. Guyon, Broca, Trélat et Tarnier.

— M. Verneuil fait hommage, au nom de M. Gyoux, d'une brochure intitulée : *De la suppression des tours,* au double point de vue de la morale et de la société.

— M. Broca fait hommage, au nom de M. Berchon, d'une revue critique : *La commission sanitaire des États-Unis.*

—M. Giraldès fait hommage, au nom de l'auteur M. Oliver Pemberton, demandant le titre de membre correspondant plusieurs brochures :

1° *Sur la résection du genou ;*

2° *Rapport sur les progrès de la chirurgie*, 1857 ;

3° *Un cas d'anévrysme variqueux ;*

4° *Rétrécissement de l'urètre ;*

5° *Fracture et fissure du crâne ;*

6° *Observation sur l'histoire, la pathologie et le traitement des maladies cancéreuses.*

Mort de Daniel Brainard.

M. Larrey annonce à la Société que M. Daniel Brainard, membre correspondant étranger, à Chicago (Illinois, Amérique du nord), vient de mourir du choléra, au retour d'un voyage en France. Sa famille, restée à Paris, en a reçu la nouvelle par le télégraphe transatlantique, et m'a chargé d'en informer la Société de chirurgie.

RAPPORT.

M. **DESPRÉS** lit un rapport sur une observation adressée à la Société par M. le docteur Monteils, de Mende.

Ostéomyélite du tibia. — Abcès subaigu de l'épiphyse. — Arthrite purulente du genou. — Infection purulente. — Trépanation et évidement de l'os. — Drainage de l'articulation du genou. — Guérison avec ankylose incomplète de la jointure.

Marguerite D..., de la commune de Mende, dix-sept ans, tempérament lymphatique, constitution forte, bonne santé habituelle, bien réglée, entre à l'hôpital de Mende le 23 janvier 1865.

Dans le mois de décembre 1863, après une course prolongée sur le sol couvert de neige, elle éprouve, le matin en se levant, une douleur lancinante à la partie moyenne du tibia droit. Sans en tenir compte elle se rend, le même jour, à la rivière qui charriait des glaçons pour y laver le linge de la famille. La douleur augmente, et à son retour la contraint à prendre et à garder le lit durant trois mois; la jambe se tuméfie, s'abcède et il s'écoule de la sanie purulente par l'ouverture qui reste fistuleuse. Le pus renferme parfois des portions d'os très-minimes. Le cou-de-pied, mais surtout le genou, ne tardent pas à devenir douloureux. La malade reçoit des soins empiriques durant un an, sans éprouver aucune amélioration et réclame enfin son admission à l'hôpital.

On ne remarque, à son entrée, que de légères perturbations dans l'exercice des fonctions générales ; le pouls est médiocrement accéléré, l'appétit peu prononcé, le sommeil mal assuré, mais à un degré moindre que ne ferait supposer l'intensité de la lésion locale. Celle-ci siége à la jambe droite, qui est tuméfiée à partir de 3 centimètres, au-dessous de la rotule jusqu'à 12 centimètres au-dessus du cou-de-pied. Sa circonférence, au niveau du tiers moyen où réside la maladie, est de 39 centimètres, tandis que la jambe saine n'a, dans la même région, qu'un pourtour de 33 centimètres. Elle est en outre, dans l'espace indiqué, percée de trois trous disposés l'un au-dessus de l'autre, à peu près en ligne verticale; la peau qui les entoure est bleuâtre, amincie, en certains points décollée. L'ouverture supérieure amène, par un trajet oblique en bas, le stylet explorateur d'abord sur une surface osseuse, dénudée, superficielle et définitivement dans le canal médullaire où existe un tissu friable que brise la moindre impulsion donnée à l'instrument. L'ouverture moyenne, exclusivement formée par la peau ulcérée, s'arrête à la surface du tibia, qui en ce point est dépourvu de son périoste. L'ouverture inférieure conduit le même stylet à travers un canal, long d'à peu près 3 centimètres, pourvu d'une muqueuse, jusque sur un plan résistant dont on ne peut bien déterminor la configuration. Ces diverses ouvertures ont le calibre d'un tuyau de plume d'oie. La plus basse et celle qui est intermédiaire datent d'un an, l'ouverture supérieure seulement de huit mois. Elles sont éloignées, l'une de l'autre, d'à peu près 3 centimètres; néanmoins on peut estimer que la lésion osseuse occupe, au-dessus ou au-dessous des points extrêmes, 2 centimètres de plus d'étendue et que le champ de l'opération à effectuer comprendra 13 à 14 centimètres.

Deux heures avant la visite, le 27 janvier 1865, la malade prend, en une seule fois, 60 grammes de liqueur de coing et 20 gouttes de laudanum de Sydenham. Je pratique, à mon arrivée, l'opération suivante avec le concours intelligent de mes honorables confrères MM. les docteurs Magne, médecin des prisons, et Poussié, médecin de l'hospice de Marvejol. J'effectue, sur la jambe malade, une incision semi-elliptique, à grand diamètre vertical, qui part de 2 centimètres au-dessus de l'ouverture supérioure, passe à 2 centimètres en dedans de l'ouverture moyenne et finit à 2 centimètres plus bas que l'ouverture inférieure ; je dissèque, en partie avec le bistouri, en partie avec la spatule, selon le degré d'adhérence du périoste, ce lambeau et le renverse en dehors; j'applique aussitôt deux couronnes de trépan exfoliatif, l'une à la partie supérieure, l'autre à la partie inférieure de la plaie, et pénètre rapidement dans le canal médullaire du tibia; armé

d'une forte pince de Liston je fais, par une double section latérale, sauter le pont osseux de 13 centimètres d'étendue qui comprend les trois ouvertures fistuleuses; je trouve au-dessous une substance blanc rougcâtre, composée de pus et de sang dans laquelle le doigt rencontre et brise des parcelles osseuses très-friables; je sors ce produit de l'inflammation de la gouttière que j'ai pratiquée; puis, avec une gouge plate, j'enlève de ses rebords osseux jusqu'à ce qu'ils perdent cet aspect qui les fait ressembler à un corps de couleur blanc jaunâtre percé de petits trous vides, analogues à ceux du bois vermoulu, et ne m'arrête que quand leur section a un reflet nacré, parsemé d'un pointillé rouge vif; je pénètre ensuite dans la gouttière, j'enlève, avec une gouge à manche, à tranchant curviligne, en bas, sur les côtés, tout le tissu aréolaire suspect, et ne m'arrête que devant l'apparition, dans le tissu compacte évidé, des mêmes caractères qu'il offre sur ses bords; je retranche en haut et en bas du tissu aréolaire tant que son défaut de consistance, sa friabilité, sa couleur vineuse, n'ont pas fait place à un tissu ferme, élastique, de couleur rouge franc; je promène la pulpe du doigt, et le doigt entier dans la gouttière pour m'assurer qu'il ne reste aucune portion d'os malade, et ne constate qu'en un point de sa surface postérieure, vers le tiers supérieur, une dépression de forme circulaire, de l'étendue d'une petite lentille; j'attribue à un degré plus prononcé de l'inflammation l'existence de cette légère excavation et, pour ne pas perforer complétement l'os déjà bien aminci, je me borne, sans examen plus approfondi, à la ruginer superficiellement. J'ai alors sous les yeux une gouttière ou auge qui s'étend de 5 centimètres au-dessous de la pointe de la rotule à 12 centimètres au-dessus du milieu de la ligne intermalléolaire; creusée en totalité dans la diaphyse du tibia, longue de 13 centimètres, large de 2 centimètres et demi, profonde de plus de 3 centimètres, lisse à sa surface; circonscrite en arrière et latéralement par le tissu compacte évidé, en haut et en bas par le tissu aréolaire dont toute trace d'inflammation morbide a été enlevé. Plein d'assurance sur l'intégrité du tissu osseux que je laisse, je place, à l'angle inférieur de la plaie, un drain, et rabattant, comme un couvercle, le lambeau cutanéo-périostique sur la gouttière, le fixe, dans ses deux tiers supérieurs, par trois points de suture aux bords de la plaie. Je recouvre d'un linge troué cérató la partie qui vient d'être opérée, place dessus un coussinet mollet de dimensions plus grandes, percé en son centre pour empêcher le pansement de presser sur le milieu du pont cutané et de l'enfoncer dans la gouttière; je termine par l'apposition de gâteaux de charpie, compresses, bande roulée.

Hémorrhagie en nappe considérable durant l'opération, insigni-

fiante après le pansement. Repos de la jambe dans une gouttière en carton.

Potion tonique avec 30 centigrammes d'opium à prendre dans les vingt-quatre heures; limonade vineuse.

Le 28 janvier, nuit calme, absence de fièvre. Renouvellement de l'appareil imbibé de sang desséché.

Prescription. — Cinq centigrammes d'aconit, chaque matin, durant tout le traitement.

Régime. — Trois potages gras.

Le 1er février, absence de fièvre. Appétit, mortification du lambeau à la partie supérieure, au niveau de l'ouverture supérieure et de l'ouverture moyenne, dans l'étendue de 1 centimètre; inutilité des points de suture et mise à nu de la gouttière, que l'on peut ainsi facilement observer. Aspect tout opposé des deux tiers inférieurs du lambeau où le périoste était sain. Celui-ci, épaissi, tendu, résistant, couvre parfaitement la gouttière.

Traitement local. — Injections alcooliques dans la plaie, plumasseaux de charpie imbibée d'alcool sur le lambeau.

Régime. — Viande aux deux repas, un verre de vin; limonade vineuse au quinquina toujours pour tisane.

Le 10, la malade va aussi bien que possible; la cavité faite au tibia bourgeonne par son fond, par ses bords; la couche osseuse superficielle, soulevée sous forme de petits grains, de lamelles, est absorbée, expulsée par les bourgeons charnus.

Le 15, apparition de douleurs lancinantes dans la tubérosité interne et supérieure du tibia; augmentation de son volume; sensibilité pénible au toucher; empâtement de la région simulant une fausse fluctuation. Marche favorable, néanmoins, de la plaie vers la cicatrisation. Suppression de tout pansement excitant; frictions napolitaines, répétées matin et soir sur l'endroit douloureux.

Le 25, l'inflammation profonde de la tubérosité, après avoir semblé céder durant quelques jours, a reparu; il s'écoule par l'auge ou gouttière, pratiquée par le trépan au tibia, du pus verdâtre, épais, en plus grande abondance que ne le comporte la cavité, ce qui porte à lui assigner une origine plus profonde, telle qu'un abcès formé dans la tubérosité interne du tibia. Mais tout en soupçonnant la provenance du pus, je ne puis constater dans les parois de l'auge sa voie de communication. Frictions napolitaines répétées, cataplasmes de farine de lin. Maintien, dans le repos absolu, au lit, de la malade, qui avait voulu se lever, le membre inférieur muni de son tuteur en carton.

Le 10 mars, état général excellent. Marche régulière de la plaie. Huile de foie de morue et 5 centig. d'iodure de fer le matin à jeun.

Le 22, disparition de la douleur et de la tuméfaction au niveau de la tubérosité interne. Diminution considérable de la suppuration par la plaie.

Le 25 avril, aucun progrès, malgré le temps écoulé; la plaie, réduite aux dimensions d'une lentille, occupe la réunion des deux tiers inférieurs et du tiers supérieur; elle conduit, par un canal qui mesure directement, d'avant en arrière, plus de trois centimètres, sur une surface résistante, dénudée, en un mot, la partie postérieure du tibia nécrosée. La cicatrice, au-dessus de la petite ouverture fistuleuse, là où le périoste était malade ou absent, recouvre un tissu mou qui se déprime sous le contact du doigt; mais au-dessous du même orifice, là où le périoste était sain, la peau a son aspect normal, légèrement épaissie, résistante à la pression aussi bien que le tissu osseux voisin.

Depuis cette époque jusqu'au 5 juin, la malade est soumise au traitement général tonique déjà indiqué : huile de foie de morue à la dose de 2 à 3 cuillerées à bouche par jour, à l'iodure de fer, à la tisane de houblon; elle boit deux verres de vin par jour et se nourrit de viandes rôties. On fait en même temps des injections de liqueur de Villate, affaiblie par moitié d'eau, dans le trajet fistuleux, et l'on introduit, jusque sur la surface osseuse dénudée, une mèche imbibée du même liquide, afin qu'il en provoque l'exfoliation et l'expulsion définitive.

Tout reste inutile, la plaie ne se ferme pas. J'envoie la malade, dans cet état, suivre à Bagnoles-les-Bains un traitement par les eaux thermales sulfureuses sous forme de bains généraux, de douches locales et en boisson.

La malade est de retour le 25 juin, l'ouverture fistuleuse fermée, recouverte d'une cicatrice mince bleuâtre; la marche s'exécute facilement et sans douleur. Deux jours après, la cicatrice se rompt, et je constate au fond du trajet fistuleux la présence de cette même plaque osseuse dont aucun traitement n'a pu déterminer l'élimination.

Je reviens, durant tout le mois de juillet, sans succès, à l'emploi des injections de liqueur de Villate.

Le 3 août, après avoir préalablement, à l'aide de l'éponge préparée, dilaté le canal fistuleux, pour lui donner le calibre d'une plume d'oie, j'introduis dans son intérieur un cautère chauffé à blanc, et le maintiens durant 2 ou trois minutes sur la partie d'os nécrosée. Il s'établit une suppuration franche et abondante dans le trajet fistuleux, qui se rétrécit progressivement, mais n'éprouve, dans la constitution de son fonds, aucune modification appréciable.

10 septembre. Pâle, amaigrie, sans appétit, la malade paraît sous l'influence d'un séjour trop prolongé à l'hôpital. Aussi, dans le but

d'imprimer aux fonctions générales une excitation favorable, je l'envoie à la campagne prendre largement de l'air et du soleil.

Le 12 octobre, je constate à son retour que l'état local a peu changé; la plaque osseuse qui constitue le fond de la fistule donne, au choc avec le stylet, une résonnance particulière indiquant qu'elle est soulevée, et que la largeur seule de ses dimensions, en disproportion avec celles du canal fistuleux, la maintient en place.

Je fais, durant le mois, plusieurs tentatives prudentes pour la fragmenter; mais, les voyant infructueuses, je me décide pour une mesure qui mettra fin à la maladie en ouvrant à la sortie du sequestre une voie spacieuse.

Je pratique, le 24 novembre 1865, une seconde fois, la trépanation de l'os. De chaque côté de l'ouverture fistuleuse j'incise la peau et le périoste de manière à obtenir deux petits lambeaux rectangulaires que je renverse, comme deux valves, latéralement; j'applique, au centre de cette surface osseuse dénudée, la plus forte couronne du trépan, en lui faisant comprendre dans son aire le canal fistuleux; j'arrive ainsi au canal médullaire, complétement bouché en bas par de la matière osseuse solide, incomplétement en baut. La rondelle osseuse enlevée, je trouve avec la pulpe du doigt, au fond de la cavité, ce même trou dont j'avais, lors de l'opération de l'évidement, constaté l'existence, mais ignoré la véritable signification. Plus prudent, j'y fais pénétrer un stylet que je recourbe à angle droit, et j'arrive alors dans une autre cavité, distincte de la cavité médullaire, dont elle se trouve séparée par une cloison osseuse perforée, et dans laquelle gît un séquestre, cause unique de la durée interminable de la maladie. Pour abattre ce dernier obstacle, je réintroduis la couronne du trépan, et procède, non sans émotion, à la profondeur de 3 centimètres, à l'enlèvement de cette cloison. J'ai, au fond de la cavité, le séquestre sous les yeux. Celui-ci, dont les extrémités remontent plus haut et descendent plus bas que le champ de la couronne, ne peut, quoique mobile de haut en bas, être saisi. J'ai à en enlever préalablement, avec une petite couronne du trépan, la partie moyenne; puis, muni d'un davier, j'extrais successivement sa moitié supérieure et sa moitié inférieure. Réunies après leur sortie, elles représentent un os ou séquestre de forme elliptique, à surfaces antérieure et postérieure rugueuses, dépourvues de périoste; à bords irrégulièrement dentelés, longs de 7 centimètres, épais de 5 millimètres, large, en son milieu, d'un centimètre, et finissant, à ses deux extrémités, en pointe. La profondeur de sa situation, sa forme, portent à supposer qu'il appartient à la superficie de la portion postérieure du tibia, nécrosée dans une étendue limitée. Je constate en même temps, avec le doigt pour

la partie centrale, avec le stylet recourbé pour les parties supérieure et inférieure de la cavité, que le lit où reposait le séquestre est constitué par un tissu osseux compacte, anfractueux, où la face postérieure de celui-ci a reçu son empreinte. Son origine se trouve dans l'ossification du périoste, qui, dans ce point, a renforcé l'os, dont la nécrose avait affaibli la solidité. Je rabats sur la plaie les lambeaux cutanéo-périostiques, et procède à un pansement simple.

La plaie marche régulièrement vers la cicatrisation; la malade se trouve bien, lorsque le 2 décembre, six jours après l'opération, à son réveil, voulant, du côté gauche où elle reposait se porter sur le côté droit, elle éprouve, en se retournant, une douleur subite et atroce dans le genou de la jambe malade. Celui-ci se tuméfie rapidement; la tubérosité interne du tibia grossit davantage et devient plus douloureuse; la fièvre se déclare avec violence, l'appétit disparaît, et il survient de la céphalalgie et des sueurs profuses. Traitement, à l'intérieur : opium 10 centigrammes; à l'extérieur, frictions napolitaines et cataplasmes de farine de lin sur tout le genou; immobilité absolue du membre dans une gouttière en carton.

Le 3 décembre, état général comme la veille. L'ouverture faite au tibia, par le trépan, est remplie de pus crémeux. Celui-ci, essuyé, sort en si grande abondance que l'abcès seul de l'épiphyse peut le fournir. Il serait ainsi en double communication avec la cavité articulaire du genou et avec l'extérieur.

Le 6, fièvre très-forte, céphalalgie, nausées, angine, salivation, gonflement des gencives, sueurs, accablement des forces; tuméfaction extrême du genou sans rougeur à la peau; rotule déprimée, comme dans l'hydarthrose, et entourée de quatre bosselures correspondant aux culs-de-sac synoviaux supérieurs et inférieurs. Suppuration presque nulle par l'ouverture faite au tibia; tentatives inutiles avec le stylet recourbé introduit à un centimètre, directement vers l'abcès de l'épiphyse, pour rétablir sa communication avec l'extérieur. Dans cette situation extrême je pratique avec le gros trois-quarts à paracentèse abdominale, une ponction à deux centimètres en bas et en dehors do la capsule articulaire et cheminant sous la peau, le long de la tête du péroné, j'en fais pénétrer la tige dans la cavité du genou. Il s'écoule aussitôt, par la canule, munie d'une peau de baudruche qu plonge dans l'eau, trois quarts de verre de pus épais, blanc, crémeux, que son poids entraîne au fond du vase et empêche de se mêler à l'eau que j'y avais préalablement versée. Pansement : une plaque d'emplâtre diapalme sur l'ouverture de la ponction; cataplasmes laudanisés enveloppant tout le genou et la partie supérieure de la jambe. Gargarisme au chlorate de potasse; collutoire aluné, limonade vineuse au quinquina, un litre de bouillon.

Le 8, état général très-grave, aucun écoulement de pus par l'ouverture du tibia ni par celle, totalement fermée, faite avec le trois-quarts à la peau, douleur locale très-vive; reproduction plus considérable de l'épanchement qui provoque une tension extrême de l'articulation.

Procéder à une nouvelle ponction sous-cutanée de la cavité articulaire en présence de la rapidité du renouvellement du liquide purulent me paraît insuffisant; l'articulation, par la portion de tibia qui entre dans sa composition, reçoit incessamment du pus émané de l'abcès de l'épiphyse, et il faut, à une production intarissable, opposer une déplétion continuelle. Je songe au drainage, dont l'année précédente j'ai, pour une lésion de cette même cavité, constaté les bons effets (1), et, avec le concours de mon excellent confrère M. le docteur Magne, je pratique l'opération suivante. J'introduis, à la partie externe et inférieure du genou, un trois-quarts courbe à drainage, et pénètre dans l'articulation; retirant aussitôt l'extrémité de la tige de l'instrument dans sa gaîne, je contourne, avec celle-ci désarmée, la face antérieure du condyle fémoral externe, la face postérieure et le bord supérieur de la rotule, et la pousse contre la face interne du cul-de-sac supéro-interne de la synoviale du genou. Je fais alors saillir la tige, à travers la peau, y accroche un drain qui, suivant l'instrument dans son retrait, parcourt en écharpe, de haut en bas, de dedans en dehors, l'articulation. Quelque minime que soit l'opération, elle présente, dans son exécution, une certaine difficulté quand il faut doubler le bord supérieur de la rotule que la contraction tétanique du triceps crural, surexcité par la douleur, maintient fortement accolée à la trochlée fémorale. Il s'écoule aussitôt, dans la proportion de trois quarts de verre, non plus, comme dans la première opération, du pus épais, lié, crémeux, mais bien un liquide trouble, séro-purulent. Immobilisation complète du membre inférieur, cataplasmes laudanisés sur le genou. La malade, qui venait d'être prise de ses règles, deux heures avant l'opération, me cache cette circonstance; celles-ci, supprimées par l émotion, ne reprennent leur cours normal que quatre mois après leur disparition.

Le 9, pouls large; sommeil; douleur locale moindre. Tuméfaction du genou et de la partie supérieure du tibia très-marquée, dure; injection d'eau tiède dans le drain pour le désobstruer. Traitement toujours tonique; limonade vineuse au quinquina, aconit; régime fortifiant; bouillon, côtelettes, vin.

Le 12, fièvre plus forte, frissons, langue sèche et rouge, anorexie,

---

(1) Observation relatée dans le Bulletin de la société de chirurgie pour l'année 1865.

nausées, diarrhée. A l'augmentation de volume du genou se joint le gonflement du tiers inférieur de la cuisse; suppuration à peu près nulle, soit par le drain, soit par la cavité pratiquée avec le trépan au tibia. Application d'un bandage de Scultet sur le tiers inférieur de la cuisse pour empêcher, par une compression modérée, l'extension à ce segment du membre inférieur de l'infiltration et de la tuméfaction inflammatoires du genou.

Le 15, fièvre; frissons; langue toujours rouge, sèche; soif vive; diarrhée plus forte; respiration courte, gênée, fréquente. Gonflement de la cuisse, de la jambe et du pied. Suppuration médiocre. Issue par la pression du genou, à travers le drain, de pus verdâtre, sanieux, mais non fétide. Injection pour nettoyer le drain. Addition au traitement prescrit de 40 centigrammes de diascordium.

Le 18, état général aussi grave. Abcès à la partie supérieure et interne du mollet se prolongeant dans le jarret. Ouvert avec le bistouri, il fournit du pus blanc, phlegmoneux, lié, contrastant par ses qualités avec celles du pus que le drain soutire spontanément de l'articulation ou qui en sort par la compression du genou, et dont l'aspect est brunâtre, la consistance nulle, l'odeur fétide.

Lavages de l'articulation avec de l'eau alcoolisée et camphrée. Même traitement et régime.

Le 28, aucun changement favorable; au contraire, la fièvre est plus vive, le visage pâle et décomposé, la langue sèche; il y a des vomissements bilieux, de la diarrhée de même nature, des sueurs profuses. L'affaissement moral de la malade, son découragement, ses traits tirés, ses yeux brillants, la suppuration languissante et de mauvaise nature du genou, montrent que la résorption purulente est en voie d'amener une issue fatale. Pour arrêter sa marche, j'emploie le traitement par les alcooliques à haute dose, auquel, en pareille circonstance, je dois de nombreux succès, et je prescris de prendre quotidiennement : tisane de quinquina, deux litres, à laquelle on ajoute, par litre, deux verres de vin, un petit verre de liqueur de coings avec les cinq centigrammes d'extrait d'aconit continués depuis le début du traitement à l'hôpital; quatre bouillons et de la gelée de viande. Le bandage de Scultet a bientôt arrêté la tendance au gonflement qui se manifestait dans le tiers inférieur de la cuisse; il est continué et visité chaque jour.

Le 3 janvier 1866, pouls petit, fréquent; langue humide, naturelle; plus de nausées et de vomissements, diarrhée modérée, respiration libre, sueurs abondantes, surtout dans le sommeil; tremblements dans les mains et dans les jambes; douleur vive à la pointe de la rotule et au genou; écoulement médiocre, par le drain, d'un pus grisâtre, séreux,

mal lié, abondant par l'incision du mollet, verdâtre et épais. La cavité du tibia est remplie de fongosités charnues, mais son fond est toujours dénudé.

Le 8 janvier, pouls petit, fréquent; persistance, mais à un bien faible degré, de la diarrhée et des sueurs. Le volume du genou, quoique amoindri, est encore considérable ; il mesure 44 centimètres de circonférence, tandis que le genou sain n'en a que 32. La douleur, très-vive au sommet de la rotule, la faible quantité de suppuration qui coule par le drain me porte à le supprimer et à le remplacer par un simple fil qui sert à guider la marche du pus vers l'extérieur. Deux bouts de drain, placés dans les deux ouvertures faites lors du drainage à l'articulation, facilitent l'écoulement permanent de la suppuration. Même traitement et régime.

Le 26, pouls tranquille; appétit; sommeil; régularité de toutes les fonctions; forme normale du genou commençant à se dessiner; volume de l'articulation notablement réduit. Suppuration nulle de la plaie du mollet, insignifiante par les drains et par la cavité du tibia, dont le fond est encore dénudé. J'imprime à la jambe de légers mouvements de glissement sur le matelas, de manière, en ouvrant le genou à des angles de plus en plus prononcés et variables, à en éviter l'ankylose.

Le 27, malgré la prudence qui a présidé à la production des mouvements dans le genou, une violente inflammation s'y manifeste ; son volume augmente, il devient très-douloureux au toucher et en l'absence même de tout contact.

Traitement. — Immobilité absolue du membre dans une gouttière, suppression de tout mouvement alors même qu'il doit s'ensuivre l'ankylose ; frictions napolitaines et cataplasmes laudanisés sur le genou.

Régime. — Quatre bouillons gras, limonade vineuse au quinquina toujours continuée.

Le 2 mars, l'inflammation se juge par la formation d'un abcès au côté externe du genou. La salivation mercurielle, développée sous l'influence des frictions napolitaines, est arrêtée comme la première fois par les gargarismes avec le chlorate de potasse et les collutoires alunés.

Le 6 avril, la malade a repris, depuis quinze jours, l'usage de l'huile de foie de morue et des préparations d'iodure de fer ; ses règles suspendues dans leur écoulement mensuel, depuis quatre mois, ont reparu très-abondantes ; les bouts de drain ont été enlevés et les ouvertures qui donnaient accès dans l'articulation sont cicatrisées. Il

en est de même de l'incision du mollet et de la cavité du tibia dont le fond s'est enfin recouvert de bourgeons charnus.

Le 14, la malade marche dans la salle avec des béquilles, lève la jambe sans éprouver d'autre difficulté qu'un léger endolorissement au niveau de l'attache du tendon rotulien. Mouvement de flexion de la jambe très-limité.

Le 5 juin, depuis plus d'un mois la malade marche, monte et descend l'escalier avec une simple canne qu'elle oublie même de prendre souvent; la flexion du genou, quoique limitée, est suffisante pour permettre la promenade sur un sol raboteux; la jambe se porte directement en avant sans exécuter ce mouvement de circumduction pareil à celui qu'imprime à son instrument le faucheur. Les dimensions des genoux sont les suivantes : genou sain, 32 centimètres de circonférence; genou malade, 35 centimètres; les dimensions des tibias sont à la réunion du tiers moyen et du tiers supérieur où, dans la jambe droite, les lésions anatomiques étaient les plus développées : pour la jambe saine, 30 centimètres; pour la jambe malade, 32 centimètres.

Connaissant par expérience l'action puissamment résolutive des eaux thermales sulfureuses de Bagnoles sur les affections chroniques des os et les engorgements articulaires, j'envoie la malade, une seconde fois, y suivre un traitement par les douches, les bains, auxquels on joindra l'ingestion de quelques verres d'eau thermale.

Cette observation, en résumé, me semble prouver :

1° Au point de vue de l'anatomie pathologique, la nécessité, dans les fistules consécutives à l'ostéite, à la carie, à la nécrose, qui occupent la partie antérieure de l'os, de bien observer les conditions normales ou morbides de la partie de l'os symétriquement située en arrière. Elle fait voir également la funeste tendance des abcès épiphysaires, quoique peu éloignés de l'extérieur ou même en relation indirecte avec la cavité médullaire, à s'ouvrir dans l'articulation.

2° Au point de vue de la physiologie pathologique, elle affirme, une nouvelle fois, le rôle ostéogène du périoste réparant dans l'os altéré la brèche faite par la maladie ou l'instrument de manière à reproduire exactement le type primitif.

3° Au point de vue clinique, elle démontre l'importance de la méthode de l'évidement de M. le professeur Sédillot dans la thérapeutique des lésions des os ; elle fait sentir l'utilité de l'ouverture prématurée, par le trépan, des abcès épiphysaires pour éviter leur épanchement dans l'articulation voisine ; elle enseigne surtout, par le succès qui a couronné l'opération, que, dans l'inflammation purulente d'une grande articulation, le drainage de la jointure peut con-

server le membre, avec la liberté seulement restreinte de ses mouvements.

M. VELPEAU. Dans l'observation dont il vient d'être question, on parle d'une infection purulente qui aurait guéri par le drainage. Rien ne justifie l'existence de cette grave complication, et il faut bien se garder d'accepter trop facilement les guérisons de la pyohémie.

M. DESPRÉS. Dans l'observation il est simplement dit qu'il y avait imminence d'infection purulente.

M. BLOT. M. le Rapporteur a beaucoup insisté sur les avantages du drainage dans les arthrites purulentes, je lui demanderai s'il connaît beaucoup de faits qui démontrent l'utilité de cette méthode. On obtient, ainsi que je l'ai démontré dans un mémoire, la guérison des arthrites purulentes, et cela sans roideur articulaire, au moyen de l'immobilité et des larges incisions.

M. LARREY. J'ai récemment fait le relevé de presque toutes les observations de plaies pénétrantes du genou avec arthrite purulente, et j'ai pu m'assurer qu'il y avait un bon nombre de guérisons. Quant à l'infection purulente confirmée, je partage l'opinion de M. Velpeau, et je crois qu'il faut accepter avec réserve les cas de guérison.

M. VERNEUIL. La question n'est point de savoir si l'arthrite purulente du genou, suite de plaie, guérit avec ou sans conservation des mouvements : le point capital, c'est de trouver les malades. Il faudrait déterminer si réellement le drainage peut être utile en pareille circonstance. Tout récemment, j'ai obtenu un réel avantage en passant sept tubes à drainage dans une articulation du genou remplie de pus.

La discussion est renvoyée à la prochaine séance. M. Chassaignac est inscrit pour prendre la parole.

La Société décide que l'observation de M. Monteils et le rapport de M. Desprès seront renvoyés au comité de publication.

A quatre heures trois quarts, la Société se forme en comité secret.

Le vice-secrétaire, DOLBEAU.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDES

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Deux rapports *sur la méthode employée pour la cure du bégayement*, de M. Chervin aîné ;

Les *Mémoires des concours des savants étrangers*, publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique.

— M. Trélat dépose sur le bureau, au nom de M. Devergie, une brochure intitulée : *Mesures à prendre pour diminuer la mortalité des femmes en couches, dans les maternités et hôpitaux.*

— M. le docteur Cattiaux adresse à la Société quelques séquestres provenant d'une ostéite de la mâchoire inférieure, consécutive à une contusion.

— M. Trélat lit, au nom de la commission dont il est membre et de la part de M. Guyon, un rapport sur le travail de M. Oré (de Bordeaux).

RAPPORT.

Maternité de Bordeaux.

M. GUYON. Messieurs, notre collègue M. Oré, membre correspondant à Bordeaux, a bien voulu demander avec instance à la Société de chirurgie son avis sur un plan de maternité et d'école d'accouchement présenté à la commission administrative des hospices civils de Bordeaux. Ce plan est l'œuvre de notre distingué collègue et de M. Paul Béro, ingénieur civil.

Désireuse de répondre au vœu de M. Oré, la Société de chirurgie a décidé, dans sa dernière séance, qu'une commission serait chargée d'étudier le projet de maternité de Bordeaux et d'en rendre compte. C'est au nom de cette commission, composée de MM. Broca, Tarnier, Trélat et Guyon, que j'ai l'honneur de prendre aujourd'hui la parole.

M. Oré a franchement obéi, dans la réalisation de son plan, à l'opinion des médecins qui réclament l'isolement absolu des accouchées. Il a même voulu que les femmes grosses auxquelles la maternité sera appelée à donner libéralement asile, soient parfaitement séparées des

femmes accouchées. N'oublions pas que notre collègue avait encore à se préoccuper d'annexer à sa maternité une école d'accouchement.

Je vais brièvement indiquer comment, avec l'aide de M. Paul Béro, M. Oré a pu dresser un plan qui satisfasse à toutes ces indications.

L'étendue du domaine sur lequel doit être construit la maternité de Bordeaux effaçait une première difficulté. Cette étendue est considérable, 8 hectares, soit 80,000 mètres carrés. Aussi faisons-nous tout d'abord remarquer qu'une première et capitale indication est largement remplie. Les bâtiments sont vastes, bien exposés par chacune de leurs faces à toutes les influences atmosphériques, suffisamment espacés, et celui qui est réservé aux accouchées, quoique destiné à recevoir seulement vingt femmes en couches, contient quarante chambres d'accouchées. Deux bâtiments distincts doivent en effet être affectés à l'école et à la maternité; une galerie, ouverte sur ses deux faces, les met en communication. Dans l'un, celui de l'école, seront placées les femmes grosses; l'autre pourra, dès lors, être uniquement consacré aux accouchements et aux accouchées.

La séparation des femmes grosses, ou pour mieux dire leur isolement dans une partie du bâtiment-école, est effectué d'une manière satisfaisante. Deux dortoirs de dix lits, une infirmerie avec tous les services et dépendances nécessaires, leur sont affectés. Nous ne pouvons qu'entièrement louer l'ordonnance générale du bâtiment, et considérer comme une heureuse inspiration l'idée de procurer aux femmes enceintes un asile parfaitement indépendant de la maternité proprement dite; à proximité des élèves et cependant bien séparé de tout ce qui est réservé à leurs études ou à leur logement.

C'est sur le bâtiment destiné aux accouchées que doit surtout porter notre attention; nous répondrons ainsi au désir de notre collègue.

Rien de plus difficile que d'arriver à isoler efficacement des accouchées réunies dans une maternité, que de réaliser à l'hôpital ce que l'on retrouve dans tous les degrés de la pratique urbaine, une accouchée unique et un accouchement rare dans un même local. La trop fréquente répétition des accouchements dans le local le mieux isolé entraînerait à la longue des inconvénients non moins certains que ceux que produit la réunion des accouchées. L'alternance rapide, ce que l'on a appelé le roulement, si bien mis en pratique par les divers chirurgiens en chef de l'hôpital de Dublin, par M. le Dr Hélot, à Rouen, actuellement en vigueur à la Maternité de Paris et à l'hôpital Cochin, est un des moyens de contre-balancer les fâcheuses influences auxquelles nous faisions tout à l'heure allusion. Mais rien ne semble, pour beaucoup de médecins, devoir mieux réaliser le but poursuivi, que la combinaison de l'isolement des accouchées et du roulement,

c'est-à-dire du nettoyage, de l'aération prolongée et fréquente de la chambre qui a reçu la femme pendant ses couches, de l'épuration ou du changement de sa literie tout entière.

M. Oré a voulu construire un hôpital qui permît de mettre en œuvre ces deux grands moyens prophylactiques si vivement appuyés aujourd'hui.

Nous disions, il n'y a qu'un instant, qu'il était difficile de réaliser l'isolement absolu dans une maternité. M. Oré paraît avoir partagé l'avis exprimé par plusieurs médecins sur les inconvénients d'un corridor unique et central. A moins d'adopter le plan rigoureusement logique de M. Tarnier, personne n'avait su échapper jusqu'ici d'une façon satisfaisante aux inconvénients très-probables de la promiscuité des atmosphères entre les chambres ou salles s'ouvrant sur un corridor commun, toujours relativement étroit.

MM. Oré et Béro ont imaginé une très-ingénieuse disposition. Leur corridor central est partagé en deux parties égales par une cloison médiane, et chacune des cinq chambres qui occupent l'un des côtés du bâtiment sont elles-mêmes pourvues d'un corridor spécial, qui s'ouvre sur le corridor longitudinal commun. De cette manière, pas de cloison mitoyenne; chaque chambre est entièrement limitée par des parois propres dont l'une regarde l'extérieur, l'autre le corridor commun, et les deux latérales, les corridors latéraux; de telle sorte que, selon les expressions de la notice annexée au plan, chaque chambre est complétement enveloppée d'une ceinture d'air, et comme chaque corridor transversal est terminé par une croisée qui tient toute la hauteur de l'étage, que le corridor longitudinal est également percé à ses extrémités par de grandes ouvertures, on peut, en ouvrant les fenêtres, faire que chaque chambre soit soumise à une aération extérieure constante et circulaire. Il est facile de comprendre que la grande cloison médiane est destinée à complétement isoler les unes des autres, les deux séries de cinq chambres construites dans la même aile du bâtiment.

Ainsi, chaque chambre est isolée de la chambre voisine, et dans tous les sens, par une couche d'air incessamment renouvelée. Les chambres s'ouvrent d'ailleurs sur l'un des petits corridors transversaux, de telle sorte que le grand corridor longitudinal ne peut établir de communication entre elles et ne sert qu'à isoler les deux moitiés de l'aile du bâtiment. La même disposition est répétée à l'étage supérieur; l'isolement des chambres est donc opéré par groupes de vingt pour chaque étage, de dix pour chaque aile, de cinq par la cloison longitudinale, et enfin les chambres sont isolées une par une par les corridors latéraux.

Un corps de logis central très-considérable où se trouvent deux grandes cages d'escalier, l'une pour l'aile droite, l'autre pour l'aile gauche du bâtiment; les salles d'accouchement, de bains, les cabinets de surveillance, les chambres de réception, etc., séparent l'une de l'autre les deux ailes réservées aux chambres d'accouchées; des portes sont placées à l'entrée des corridors longitudinaux.

Je viens de chercher à vous dire, messieurs, comment les auteurs du plan que nous étudions ont voulu réaliser l'isolement des accouchées. Il est une autre grave difficulté inhérente au genre de construction qu'ils ont poursuivi et qui paraît n'avoir pas moins préoccupé MM. Oré et Béro.

Un des bénéfices les plus certains des salles analogues à celles qui se trouvent dans la plupart de nos hôpitaux, c'est de pouvoir être symétriquement percées sur leurs deux faces principales et même à leurs extrémités; et d'être, si on le juge utile, pour ainsi dire transpercées ou tout au moins traversées, par les courants atmosphériques les plus directs, les plus rapides et les plus complets.

Rien de semblable en général dans les constructions où l'on adopte le système des chambres isolées, l'on ne peut forcément avoir qu'une seule ouverture en directe communication avec l'air extérieur.

Il en est ainsi dans le plan de M. Oré, tant que les chambres sont en activité, avec ce grand avantage cependant de la circulation d'air périphérique et complète dont nous avons parlé. Mais cela ne pouvait suffire pour assurer le balayage atmosphérique à l'intérieur des chambres, ce balayage complet, intime, si justement réclamé et observé pour nos constructions hospitalières modernes. Aussi, dès que l'une des ailes de leur établissement sera en repos, MM. Oré et Béro veulent que l'air le traverse directement. Une plaque en tôle qui correspond à chaque lit, qui est adossé contre la cloison correspondante au corridor commun, est levée; des trappes ménagées dans la cloison commune sont ouvertes, et dès lors la ventilation directe s'établit à l'intérieur et à l'extérieur des chambres d'accouchées.

Peut-être les ouvertures qui correspondent aux lits et qui n'ont que $0^m,80$ de côté, rempliraient-elles mieux le but très-utile que se proposent les auteurs du plan, en étant plus considérables.

Nous ne pouvons entrer dans d'autres détails, nous devions surtout chercher à montrer comment M. Oré avait su vaincre les principales et les plus graves difficultés inhérentes à un genre de construction qui pût répondre aux indications qui l'ont guidé, c'est-à-dire à la réalisation d'un isolement efficace.

Il ne saurait être douteux que ces difficultés ont été très-habilement résolues. Nous ne chercherons pas à nous demander si les quatre

salles de travail indiquées par les auteurs apporteraient quelquo entrave au service, et s'il n'eût pas été au moins logique d'annexer une infirmerie isolée à un établissement conçu dans de semblables données.

Nous avons surtout désiré que l'attention de la Société de chirurgie se portât sur la partie capitale, vraiment importante et intéressante du plan qui lui est soumis.

Nous exprimons l'opinion de la commission en disant que l'adoption du plan de M. Oré couronnerait dignement le très-bon ensemble des plans proposés pour l'hospice général de Bordeaux, plans si soigneusement étudiés et élaborés par les conseils administratifs, les conseils médicaux et l'architecte de cette ville.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous proposer la conclusion suivante :

La Société, en rappelant qu'elle s'est prononcée en principe contre l'institution des maternités, pense, dans le cas particulier, que le plan soumis à son examen par MM. Oré et Béro pour la nouvelle École-Maternité de Bordeaux, sans constituer une formule définitive et immuable, présente néanmoins une disposition plus favorable que tout autre exécuté jusqu'ici à l'alternance rapide des locaux occupés et à l'isolement des accouchées. Elle considère, avec beaucoup d'hommes compétents, ces mesures comme le moyen le plus efficace de lutter contre la funeste influence des maternités.

— Après la discussion suivante, cette conclusion est votée à l'unanimité.

— M. TARNIER déclare qu'il ne s'associe pas entièrement à la rédaction du rapport; il ne croit pas que le projet de M. Oré soit le meilleur de tous ceux qui ont été proposés; il ajoute que les couloirs intermédiaires, situés entre les chambres, ne sont ouverts que du côté du grand couloir central, et dit que, dans son propre projet, il avait mieux isolé les chambres des accouchées.

M. TRÉLAT. Il sera facile de mettre dans nos conclusions le meilleur des projets exécutés jusqu'ici, au lieu de ceux qui ont été proposés jusqu'ici.

M. BLOT. Je veux insister sur deux points : je dirai d'abord que l'isolement ne me paraît pas complet, l'air provenant d'une chambre de malade peut passer dans une autre par l'intermédiaire du couloir central. D'un autre côté, la réponse que nous avons à faire me paraît devoir être autre que celle de la commission. Le besoin de la suppression des maternités, formulé par la Société de chirurgie, n'est pas assez exprimé dans le rapport, et je voudrais le voir paraître dans les conclusions.

Il est dit aussi que la maternité de Bordeaux occupera un espaco

où elle sera entourée d'autres hôpitaux. Cela est contraire aux principes adoptés par la Société de chirurgie, et contraire à l'hygièno. Je propose à la Société d'adopter les conclusions suivantes :

Quoique la Société de chirurgie regarde comme fâcheuse la création de maternités nouvelles, elle est d'avis que, si on ne veut pas tenir compte du danger qu'il y a à réunir des femmes en couches dans un même hôpital, le projet de MM. Oré et Béro est moins incomplet que ceux qui ont été exécutés jusqu'ici.

M. BROCA. Il faut simplifier la question. Tout le monde est d'avis d'isoler les femmes en couches et le mieux possible. Or, il est question de créer une maternité ; plusieurs plans sont proposés, il s'agit de savoir quel est le meilleur. Il est nécessaire que nous disions si le plan de M. Oré se rapproche des conditions que nous avons déclarées les meilleures au moment de notre discussion au commencement de l'année. Dans l'ancien projet, il y a des salles de dix lits ; dans le projet de MM. Oré et Béro, il n'y a qu'un seul lit par salle ; le dernier plan est donc le meilleur.

M. Blot croit qu'il serait mauvais de placer une maternité au milieu d'autres hôpitaux ; mais il est bon de s'entendre, ce ne sont pas des hôpitaux qui se trouveraient autour de l'hôpital des femmes en couches, ce sont des hospices : l'hospice général des vieillards, des incurables et des sourds-muets ; ce ne sont pas là des malades. Du reste, il y a un éloignement assez considérable entre les bâtiments. La superficie du terrain qui les contiendra, n'aura pas moins de 240,000 mètres ; l'éloignement entre la maternité et les hospices sera plus grand que celui de la maternité de l'hôpital du Midi et de l'hôpital Cochin à Paris.

M. DEMARQUAY. La Société ne doit pas s'engager, elle peut dire son opinion, établir quel est le projet qu'elle juge le meilleur, mais elle ne peut pas dire que le projet de M. Oré est le meilleur que l'on puisse exécuter.

M. BLOT dit qu'il n'a nullement la prétention de faire changer les décisions de la Société de médecine et de l'administration de Bordeaux ; que la Société de chirurgie ayant voté en principe la suppression des maternités, il faut, sous peine de manquer de logique, rappeler la manière de voir de la Société toutes les fois que l'occasion s'en présente ; et que, malgré ce que vient de dire M. Broca, il croit qu'il y aura agglomération de malades, si on placo une maternité à côté d'autres hôpitaux.

M. TARNIER. M. Blot pense que toutes les maternités sont mauvaises. On ne peut pas dire cela. La Société de chirurgie ne saurait affirmer qu'elles seront toutes mauvaises. On est autorisé à dire seu-

lement qu'il y a dans les esprits une tendance à provoquer l'isolement des femmes en couches.

A un autre égard je dirai à la Société qu'il serait peut-être dangereux de conclure comme l'a fait la commission, et je propose de répondre simplement :

La Société de chirurgie est d'avis que le meilleur hôpital de femmes en couches est celui qui assure le mieux leur isolement.

M. TRÉLAT. Je répondrai à MM. Tarnier et Blot qu'il y a dans les couloirs intermédiaires une porte et une fenêtre, et que celle-ci sert à établir un courant d'air. Je dirai à M. Blot : Vous voulez que la Société de chirurgie soit logique : je le veux comme vous. Mais en admettant que je partage l'opinion de mes collègues qui souhaitent la suppression des maternités, je désire voir réalisé ce qui est meilleur en attendant que nous arrivions à ce qui serait parfait, et nous devons dire que le projet de MM. Oré et Béro, sans être parfait, présente une disposition favorable à la bonne organisation d'un service de femmes en couches.

M. BLOT. La fenêtre existe, mais elle sera toujours fermée.

M. TARNIER discute plusieurs points du projet, et après quelques explications données par MM. Trélat, Tarnier et Blot, les conclusions du rapport sont modifiées dans le sens indiqué par les membres de la Société.

La Société met aux voix les conclusions proposées par la commission.

Ces conclusions, mises aux voix, avec quelques changements de rédaction, sont adoptées à l'unanimité.

La séance est levée à cinq heures.

Pour le secrétaire, Dr A. DESPRÉS.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques ;*

Le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale ;* Le *Bulletin de la Société médicale de l'Aube*, 1866.

M. le docteur Schappert, de New-Orléans, adresse à la Société : *Un traité de la fistule vésico-vaginale.* — *Une observation de tic douloureux de la face, guéri par la résection de la deuxième branche de la cinquième paire.*

— M. Larrey fait hommage à la Société, au nom de M. Marion Sims, de son *Traité des maladies utérines,* traduit par le docteur Lhéritier. Il donne ensuite communication d'une lettre de M. Sarazin, agrégé à la Faculté de Strasbourg, sur les *fistules branchiales.* Cette lettre est renvoyée à l'examen de la commission déjà chargée de faire un rapport à la Société sur les travaux de M. Sarazin.

— M. Després offre à la Société le dernier fascicule du *Dictionnaire de thérapeutique médicale et chirurgicale* qu'il a publié en collaboration avec M. Bouchut.

— M. Velpeau communique une lettre de M. Lino de Macedo, de Cadix (Portugal), qui demande à être mis sur la liste des candidats au titre de correspondant étranger. (Renvoyé à la commission future.)

A propos de la correspondance :

M. BROCA, au nom de M. Fleury, membre correspondant à Clermont, montre une pièce anatomique et communique l'observation suivante :

Fracture bi-condylienne de l'humérus.

Il y a déjà longtemps que j'avais été frappé par un fait qui avait éveillé mon attention, mais que je n'avais pu vérifier à l'examen de la pièce anatomique, l'affection n'entraînant pas ordinairement la mort du blessé.

Un malade était entré à l'Hôtel-Dieu de Clermont pour y être traité des suites d'une chute. Le coude sur lequel il était tombé était gonflé, douloureux et donnait, lorsqu'on saisissait le poignet pour imprimer un mouvement de rotation à tout le membre thoracique, une sensation de crépitation manifeste (symptôme pathognomonique d'une fracture).

L'examen de l'avant-bras n'y faisait cependant reconnaître aucun désordre. Le radius exécutait sur la tubérosité de l'humérus des mouvements de rotation faciles et indolents, le cubitus était intact. L'olécrâne faisait sous la peau sa saillie normale, les tubérosités de l'humérus avaient conservé avec cette éminence leurs rapports anatomiques ; l'avant-bras jouissait donc d'une intégrité parfaite.

J'examinai ensuite le bras, et pour savoir s'il n'y existait aucune mobilité anormale, je saisis, avec l'index et le pouce de la main droite,

l'extrémité inférieure de l'humérus, en plaçant ces doigts sur l'épicondyle et l'épitrochlée pendant que la main gauche en embrassait l'extrémité supérieure, et la portait en sens opposé ; aucun bruit de crépitation n'était perçu, néanmoins celle-ci se reproduisait lorsque je faisais exécuter un mouvement de rotation, le membre saisi par le poignet.

Je soupçonnai alors une fracture qui divisait en deux pièces l'extrémité inférieure de l'humérus, que je rapprochais en appuyant mes doigts sur les deux fragments.

Les malades quittent ordinairement l'hôpital dès qu'ils sont guéris ; on ne les revoit plus, et du reste si la fracture est consolidée, on n'en trouve plus la moindre trace.

Le fait me paraissait hors de doute, lorsqu'au mois de juillet dernier, 1866, un maçon fut transporté dans mes salles pour y être traité d'une double fracture, l'une au bras, l'autre à la jambe. Cette dernière était comminutive, compliquée d'une plaie aux parties molles, communiquant avec le foyer de la fracture et l'articulation du genou.

La mort en a été la conséquence.

J'avais cru reconnaître au coude une lésion analogue à celle que j'ai décrite plus haut, de la crépitation lorsque j'imprimais un mouvement de rotation au membre thoracique saisi par le poignet, et la disparition de ce symptôme lorsque pour examiner le bras j'en fixais l'extrémité supérieure avec l'une des mains, pendant que l'autre appuyait sur l'épicondyle et l'épitrochlée.

A l'autopsie j'ai trouvé la lésion que j'avais soupçonnée et qui consistait en une séparation des deux tubérosités de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Avec la pièce sous les yeux, on se rend parfaitement compte du fait que j'avais cru reconnaître.

Les deux tubérosités et les facettes articulaires qu'elles surmontent ont été séparées de la diaphyse de l'os. Elles sont complétement mobiles et ne pouvaient être retenues que par les liens articulaires. L'un des fragments pourrait être appelé cubital, l'autre radial. La trochlée humérale est en effet divisée en deux parties à peu près égales, dont l'interne répond au cubitus et l'externe au radius. L'articulation huméro-radio-cubitale se trouve ainsi décomposée en radio-humérale et en huméro-cubitale. La forme du fragment huméral est remarquable. C'est un véritable coin, dont le sommet s'avance jusqu'à un centimètre de la surface articulaire, qui semble avoir dû éclater sous l'influence de la pression.

C'est au niveau du coude, au point d'intersection des deux fragments, que la crépitation et la mobilité anormale ont été perçues

lorsqu'on faisait mouvoir le bras en lui imprimant un mouvement de rotation.

L'extrémité supérieure du cubitus et du radius avaient conservé leur intégrité, la fracture devait donc avoir son siége à l'humérus; c'est, en effet, ce que l'autopsie a permis de vérifier; mais si, pendant la vie, on appuyait les doigts sur les deux tubérosités, on les rapprochait l'une de l'autre et on maintenait la fracture réduite; son existence pouvait donc être mise en doute.

J'ignore si ce symptôme des fractures de l'extrémité articulaire de l'humérus a été décrit, je ne l'ai vu signalé nulle part.

M. GIRALDÈS. Le signe indiqué par M. Fleury est en effet fort précieux pour établir le diagnostic des fractures condyliennes de l'humérus. Il y a bien longtemps, pour ma part, que je le fais constater dans mon service.

M. MARJOLIN. Les fractures condyliennes de l'humérus sont très-faciles à reconnaître chez les enfants, au début du moins. Les fractures bi-condyliennes sont bien rares.

M. LEFORT. J'ai eu l'occasion d'observer et d'examiner, dans le service de M. Laugier, lorsque j'étais son interne, une fracture du coude. Une chute sur le coude et sur la partie saillante de l'olécrâne avait amené le détachement d'un fragment triangulaire à base inférieure, faisant partie de la portion articulaire de l'humérus et intermédiaire à l'épitrochlée et à l'épicondyle, qui se continuaient avec l'humérus, sans présenter aucune lésion.

COMMUNICATION.

Palatoplastie.

M. TRÉLAT. J'ai eu occasion de pratiquer dernièrement une opération de palatoplastie pour remédier à une perforation pathologique, et quoique j'aie partiellement échoué, je crois utile de communiquer à la Société quelques modifications que j'ai introduites dans le manuel opératoire et les causes très-particulières qui ont déterminé l'insuccès. Voici l'histoire de ma malade telle qu'elle résulte des notes prises très-exactement par M. Chantreuil, interne de la Maternité.

La nommée F... (Marie), trente et un ans, entre à la Maternité, le 20 juillet 1866, enceinte de son troisième enfant.

Elle accouche naturellement le 1er août d'un garçon à terme. Délivrance et suites de couches normales.

Cette femme présente les caractères de l'anémie; elle est pâle, ses tissus sont mous, un bruit de souffle existe dans les carotides. Lipothymies faciles.

Elle a du reste une physionomie intelligente, les cheveux châtains, les yeux bleus, le front élevé ; mais le reste du visage est déformé par les ravages d'un lupus qui, vers l'âge de dix à douze ans, a détruit le nez, et s'est étendu symétriquement sur chacune des joues. Celles-ci sont couvertes dans leur moitié antérieure de cicatrices blanchâtres sillonnées de rides; les paupières inférieures, surtout la gauche, sont le siége d'ectropions peu prononcés.

Cette affection a également envahi la voûte palatine et a déterminé une perforation qui établit une large communication entre la cavité buccale et les fosses nasales. Aussi, le premier temps de la déglutition s'effectuo difficilement, et la phonation est accompagnée de nasonnement.

La malade porte depuis longtemps un nez d'argent peint en rose, qui dissimule assez heureusement sa difformité extérieure.

La solution de continuité occupe la voûte palatine depuis le bord alvéolaire du maxillaire supérieur jusqu'au bord postérieur de la portion horizontale du palatin : elle est située sur la ligne médiane, au fond d'une espèce d'entonnoir évasé, existant seulement en avant et latéralement, et fermé par les plans inclinés qui constituent la partie solide de la voûte.

Cette perforation a la forme d'un ovale à extrémités inégales; la grosse extrémité est située en avant et la petite en arrière. Celle-ci se termine en pointe mousse. En avant, au contraire, les bords latéraux s'arrondissent en se rejoignant immédiatement derrière le bord alvéolaire supérieur, et la solution de continuité vient pour ainsi dire échouer contre cet os.

Les diamètres de la perforation, mesurés avec un compas, sont do 25 millimètres pour le diamètre antéro-postérieur, et de 16 millimètres pour la plus grande dimension transversale.

Aucune opération n'avait été pratiquée pour remédier à cet état de choses déjà fort ancien. La malade se contentait d'un obturateur d'argent qui, devenu beaucoup trop petit, ne servait à rien et jouait librement dans les fosses nasales et la perforation.

Une guérison radicale par les procédés de la chirurgie séduisit la malade; mais se sentant en bon état de santé et désireuse de ne pas prolonger indéfiniment son séjour à l'hôpital, elle devint pressante et il fallut prendre jour pour l'opérer.

M. Trélat fit la palatoplastie (dont les manœuvres seront décrites plus loin), le 28 septembre, cinquante-neuf jours après l'accouchement.

Vers la fin de l'opération il y eut une courte syncope suivie de vomissements. Des caillots sanguins, provenant du sang avalé furent expulsés à trois ou quatre reprises par larges gorgées. Tout se calma

dès que l'estomac fut débarrassé, et sauf la fatigue, l'état de la malade était excellent quand elle fut couchée.

Le jour de l'opération, abstinence complète d'aliments, repos, silence; quatre lavements de bouillon, dont un avec 15 gouttes de laudanum.

Le 29 septembre, pouls à 90, la malade a bien dormi. A la partie antérieure du bord externe du lambeau gauche, petite teinte violacée, indice d'un commencement de sphacèle, au niveau de la seconde incisive, là où le décollement avait dû être un peu exagéré.

Le lambeau droit est parfaitement sain et rose; seulement, il forme un godet à convexité interne, qui le rapproche par sa face inférieure du lambeau gauche, de manière qu'il n'existe plus qu'une petite rainure de séparation entre les deux lambeaux, du moins à la partie moyenne.

Prescription. — Gargarisme avec 15 grammes d'alcoolat de mélisse; quatre lavements de bouillon.

Le 30, pouls à 92. Gargarisme *ut supra.*

Régime. — Quatre potages au tapioca.

Le 1er octobre, pouls à 96; mortification plus avancée du bord externe du lambeau gauche; petite escharre grisâtre se détachant facilement sous forme de bande mince. Bouillons, lait, vin sucré.

Le 2, le travail continue, détersion des tissus sous-jacents.

Le 3, trois fils de suture sont enlevés; d'abord le sixième et le cinquième, puis le troisième en comptant d'avant en arrière. La suture tient bien en arrière au niveau des fils enlevés. Pouls à 90. Bouillons, tapioca, lait, vin.

Le 4, pouls à 84; état général bon. Les trois fils d'argent qui restent sont enlevés. Les lambeaux ne sont écartés qu'avec précaution pour ne pas séparer les lèvres de la suture qu'on entrevoit au fond d'une fente limitée par les faces muqueuses des lambeaux. Du reste, aucune apparence de désunion.

Le 5, pouls à 84. La malade se lève et tousse un peu.

Les lambeaux prennent une coloration plus rosée, le lambeau gauche se déterge bien. La suture paraît tenir. Potages, une portion de hachis; bordeaux 120 gr. Tapioca, sp. morphine 30 gr.

Du 5 au 8, rien de particulier.

Le 9, onzième jour de l'opération. A la visite du matin, M. Trélat constate au niveau de la suture à un centimètre et demi environ de la partie antérieure, la présence d'un petit trou de la grosseur d'un très-petit pois. Cautérisation avec le nitrate d'argent pour faire bourgeonner les bords de cet orifice.

Le 10, état stationnaire.

Le 11, le trou s'est agrandi et a pris une forme ovale. On constate de plus, immédiatement en avant de lui et dans la dépression linéaire correspondant à la suture, un amincissement des tissus, un aspect blafard et grisâtre de la cicatrice, qui sont le résultat d'un travail ulcératif ou mieux d'une résorption lente aboutissant finalement à une solution de continuité.

Dans la crainte que la mastication et le contact de corps durs n'augmentent la désunion, on revient aux aliments purement liquides, tapioca, lait, etc.

Le 12, des mucosités épaisses desséchées et filantes provenant des fosses nasales sont retirées par le trou de la voûte palatine, où elles s'étaient accumulées. Le travail ulcératif continue à faire des progrès.

Le 14, la malade réclame avec instance des aliments solides et reprend son alimentation ordinaire. Elle se lève et se promène dans le préau de l'établissement pendant l'après-midi. Son état général est bon et cependant la perforation s'agrandit encore. Toute la portion antérieure de la cicatrice suturale s'amincit, s'étire. Bientôt elle ne consiste plus qu'en une sorte de réseau constitué par des brides qui limitent trois ou quatre petits orifices.

Le 26, le travail de désorganisation paraît arrêté. L'état général est excellent. Voici ce qui reste au niveau de la suture :

1° En arrière un espace de 10 millimètres, qui persiste et paraît solide. On ne voit à ce niveau qu'une légère dépression courbe;

2° En allant d'arrière en avant, on trouve une solution de continuité ayant une forme assez régulièrement elliptique. Le diamètre antéro-postérieur de l'ellipse est de 12 millimètres environ; le diamètre transverse de 7 millimètres.

En avant de ce trou elliptique se trouve un autre petit trou circulaire de 2 millimètres de diamètre environ et séparé du premier par un pont de tissu très-mince qui tend à disparaître. Enfin, tout à fait en avant, il ne reste plus qu'une trace de l'union des deux lambeaux. Quant à ceux-ci, ils se sont graduellement rétractés, les plaies correspondant à leurs bords externes sont cicatrisées, et il ne reste plus à ce niveau que de légères dépressions rosées, qui laissent à peine soupçonner les longues incisions et le décollement dont les tissus de la voûte palatine ont été le siége.

La malade parle mieux qu'avant l'opération. Il n'y a plus qu'un nasonnement très-modéré. Les mots à consonnance gutturale sont prononcés d'une manière intelligible et on est en droit d'espérer que la parole reviendra tout à fait normale si une nouvelle opération permet de fermer complétement la perforation.

La malade quitte l'hôpital le 31 octobre, dans son état actuel, mais

elle me promet de revenir en temps utile et semble désireuse d'être radicalement guérie. Je ne manquerai pas de faire part à la Société de ce qui adviendra.

D'après le conseil de nos deux collègues, MM. Broca et Legouest, je n'ai voulu rien entreprendre de nouveau à si court délai et je me propose de laisser passer six ou huit mois avant de procéder à une seconde opération.

Réflexions par M. Trélat. — Maintenant que le fait est connu dans ses détails, je reviens sur certains points particuliers.

J'avais à faire ici à une perforation accidentelle chez un adulte ; par conséquent le bord alvéolaire, les dents, les lèvres offraient leur disposition normale. Et comme la perte de substance arrivait en avant par sa grosse extrémité, juste derrière le bord alvéolaire dont la paroi était verticale, les manœuvres à effectuer dans ce point devaient offrir de réelles difficultés tant pour l'avivement que pour la suture, et surtout pour cette dernière.

Je savais d'ailleurs que des chirurgiens d'une incontestable habileté n'étaient parvenus qu'à grand'peine à effectuer convenablement la suture dans des cas plus favorables que celui-ci. On se représentera aisément le genre d'obstacle qu'il y avait à vaincre en pensant qu'il fallait passer des fils et manœuvrer des aiguilles derrière les dents et le bord alvéolaire, c'est-à-dire dans un endroit où on ne peut faire exécuter aucun mouvement de bascule au manche des instruments à cause de la saillie des dents.

J'avais fait fabriquer deux aiguilles fixes semblables l'une à l'autre et disposées de la manière suivante : le chas est placé près de la pointe et cette pointe est ramenée parallèlement à la tige de l'aiguille. La longueur de la partie récurrente est de 18 millimètres. L'écart entre cette partie récurrente et la tige est de 6 millimètres. En somme, l'aiguille pique en attirant le manche vers soi, à la manière d'une érigne fortement courbée.

Muni de ces aiguilles et d'une rugine qui m'a été fort commode mais qui ne mérite pas qu'on s'y arrête, je procédai à l'opération avec l'assistance de mon collègue M. Guyon.

L'avivement, fait avec grand soin, ne fut un peu difficile qu'en avant et sur un point du bord droit, qui était froncé par une sorte de pli serré. Immédiatement après, longues incisions à droite et à gauche, étendues depuis le côté externe du crochet de l'aile ptérygoïdienne jusqu'à l'intervalle de la seconde incisive avec la canine et longeant à quelques millimètres le bord alvéolaire interne. Détachement avec la rugine de chacun des lambeaux. Dans ce temps, le pédicule antérieur du lambeau gauche est détruit dans une petite partie de son adhérence

à la seconde incisive. Cette destruction explique une gangrène très-limitée, dont le bord libre de ce lambeau devint plus tard le siége.

Pendant le décollement des lambeaux, hémorrhagie abondante sans être excessive. La glace en petits fragments et l'eau de Pagliari directement portée sur les surfaces saignantes modèrent l'écoulement sanguin, puis le suspendent complétement. Au bout d'une demi-heure, je procède à la suture.

Mon aiguille porte un fil double (de chanvre) dont les deux extrémités sont engagées dans le chas d'une quantité juste suffisante pour qu'ils tiennent. L'anse pend librement. Ainsi armée, l'aiguille est portée à travers la perforation, derrière ou au-dessus du lambeau droit; j'appuie sa tige contre le bord du lambeau, la pointe étant alors forcément à 6 millimètres du bord, et j'attire à moi le manche de l'instrument. Dès que le chas a traversé le lambeau d'arrière en avant, je saisis avec une pince les extrémités du fil, je les dégage, et pendant que je les maintiens avec la pince, je retire l'aiguille d'avant en arrière. J'ai alors une anse de fil souple placée de telle sorte qu'elle me permettra de ramener d'arrière en avant un fil métallique.

Cette première manœuvre de l'aiguille avait été effectuée avec un peu d'hésitation; elle était d'ailleurs la plus difficile puisqu'elle correspondait au point le plus antérieur. Les autres furent au contraire rapides et faciles. Je plaçai ainsi sur chaque lèvre avivée six anses de fil souple, en tout douze anses. Ces anses étaient rangées sur la joue correspondante à leur côté et maintenues par la main d'un aide. Elles se correspondaient deux à deux et me permirent de ramener, sans la moindre difficulté, six fils d'argent convenablement placés. Ils furent tordus sur l'extrémité des index, et dès que cette torsion fut achevée et que les bouts tordus furent inclinés sur le côté, on put voir que la juxtaposition des parties était exacte, sauf à l'extrémité antérieure où il restait un hiatus gros comme une tête d'épingle.

Ces manœuvres, compliquées en apparence, n'avaient pas demandé plus d'une demi-heure. Toute l'opération, y compris le temps perdu et celui qui avait été consacré à l'hémostase, avait duré une heure et demie.

En somme, ce procédé de suture, qui a une étroite parenté avec celui que j'ai exposé pour la staphyloraphie, a pour résultat de ne réclamer que des mouvements droits de ponction et de contre-ponction et des manœuvres qui s'accomplissent hors de la bouche. Quoique je l'employasse pour la première fois, je n'ai eu aucune entrave; tout s'est passé régulièrement; pas un fil cassé ni tordu. C'est cette facilité d'exécution qui m'a engagé à le communiquer à la Société. Je ne mets pas en doute qu'on ne puisse arriver autrement à pratiquer

la suture palatine, qu'on puisse, à l'aide des instruments jusqu'ici connus et avec de l'habileté, vaincre les difficultés inhérentes à l'opération; mais je crois que le procédé que j'ai décrit est à la fois une simplification et une facilité. Je serais heureux que mes collègues voulussent bien, le cas échéant, le soumettre à l'expérience.

Après avoir parlé de l'opération en elle-même, permettez-moi d'attirer un moment votre attention sur la nature des accidents qui l'ont fait échouer.

D'habitude l'insuccès des opérations plastiques tient à deux causes: la mortification des lambeaux juxtaposés ou bien la violence de l'inflammation. Ces deux causes ont en général une action rapide; on peut prévoir l'absence de réunion dès les premiers jours; il devient parfois nécessaire d'enlever prématurément les fils et en tout cas, dès que ceux-ci sont enlevés, on voit les lèvres de la réunion s'ecarter l'une de l'autre. Il n'en a pas été ainsi chez ma malade. Au moment de l'enlèvement des fils, le cinquième et le sixième jour, la réunion semblait irréprochable. C'est seulement le onzième jour après l'opération que je constatai au milieu de la ligne suturale une petite trace jaunâtre qui indiquait un travail ulcératif. Puis graduellement et d'arrière en avant, la cicatrice s'amincit, sembla s'étirer; bientôt elle se perfora de pertuis séparés par des brides minces, qui disparurent peu à peu excepté une. Ce travail de résorption lente dura depuis le douzième jusqu'au vingt-cinquième jour après l'opération. Il semble enrayé depuis ce moment, et quoique je considère ma tentative comme arrêtée, tout bénéfice n'est cependant pas perdu puisque la perforation est rétrécie de 12 millimètres dans sa longueur et de 9 millimètres dans sa largeur.

Ce mode de désunion, quoique peu fréquent, a été observé par plusieurs chirurgiens, et je ne serais pas surpris que plusieurs d'entre vous aient pu le constater. Roux (*Chirurgie réparatrice*, page 159) l'a vu chez un jeune enfant qu'il avait opéré d'un bec-de-lièvre trois jours après la naissance. Mais plus heureux que moi, Roux, après avoir regardé l'opération comme manquée, vit avec surprise les brides amincies reprendre de la solidité et de l'épaisseur et rétablir en somme la continuité des deux lambeaux. Je crois qu'un fait analogue s'est présenté à notre collègue M. Follin.

Quelle cause donner à cette régression du travail plastique? Il y en a deux qu'on peut rationnellement invoquer : la proximité de l'accouchement et la constitution de la malade. J'avoue que, si j'avais été absolument libre, j'aurais laissé passer trois ou quatre mois avant d'opérer; mais je crois cependant, avec mes collègues MM. Broca et Legouest, que la constitution, ou mieux la diathèse, mérite beaucoup

plus justement d'être incriminée. La scrofule, qui s'est manifestée par le lupus de l'enfance, n'est sans doute pas complétement guérie et maintient encore le sujet sous sa dépendance.

M. LE FORT. J'ai pratiqué, il y a deux ans, une staphyloraphie. Grâce à une manœuvre particulière, j'ai pu éviter le passage des fils d'arrière en avant. Des fils d'argent ayant été placés d'avant en arrière sur l'un des bords de la division, je plaçai sur l'autre bord des fils souples ainsi disposés qu'une anse pendait dans la division vis-à-vis de chacun de mes fils métalliques. Chaque anse me servit à accrocher et à passer à travers la lèvre opposée le fil d'argent correspondant.

M. TRÉLAT. Notre collègue a fait usage d'un bon procédé que j'ai eu soin de rappeler lorsque j'ai communiqué à la Société l'histoire de deux opérations de staphyloraphie. Ce procédé est décrit et connu sous le nom d'A. Bérard, auquel il appartient. Très-utile dans la staphyloraphie pour laquelle il a été imaginé, il ne serait pas praticable dans la palatoplastie.

MM. LARREY ET A. GUÉRIN font remarquer que les instruments de Foraytier et de Dupierris rendent de très-grands services. M. Guérin pense que l'instrument de Dupierris répond à presque toutes les indications, il rend très-facile l'opération de la staphyloraphie.

M. TRÉLAT. L'instrument de Foraytier a été abandonné par presque tous les chirurgiens, M. Sédillot cependant lui est resté fidèle. Je ne me suis pas servi de l'instrument de Dupierris et n'ai pas songé à en faire usage. Je le crois trop volumineux et trop peu piquant pour agir convenablement dans la palatoplastie. Je n'ai d'ailleurs pas la prétention d'imposer un procédé. Je veux seulement que l'on sache que, grâce à ce procédé, j'ai agi très-facilement dans une opération où chacun s'accorde à considérer l'application de la suture comme difficile et délicate.

M. BROCA. Je crois que lorsqu'il s'agit de palatoplastie il faut bannir tous les souvenirs de staphyloraphie. Dans cette opération, on a beaucoup d'espace pour manœuvrer; dans la palatoplastie, il est toujours fort restreint. En particulier, lorsque la perforation de la voûte palatine est congénitale, sa forme en ogive enlève presque tout espace: aussi éprouve-t-on, surtout à la partie antérieure, de très-grandes difficultés pour appliquer la suture.

Je les ai bien éprouvées en opérant avec mon ami M. Follin un enfant d'une dizaine d'années. La première partie de l'opération avait été rapide et simple. Lorsqu'il s'agit de passer les fils, j'épuisai tout l'arsenal chirurgical; mes tentatives étaient restées vaines, lorsque M. Follin mit à ma disposition une aiguille qu'il avait récemment

imaginée. La pointe et le manche de cette aiguille sont rigides, mais le corps est malléable. Je la courbai en forme d'hameçon pour le premier point, l'antérieur, puis je modifiai sa forme, je la modelai pour ainsi dire pour chacun des autres, et j'arrivai ainsi à passer assez facilement tous mes fils. Il restait à substituer, par le procédé d'A. Bérard, des fils d'argent aux fils de soie; ici la lutte recommença, mais inutilement. Je dus renoncer aux fils métalliques et affronter avec les fils souples. Le succès fut néanmoins complet et remarquable comme résultats définitifs. Je reste convaincu que la trop grande finesse de l'aiguille de M. Follin, avec laquelle nous n'avions pu faire que de trop petites perforations, a été la cause de notre échec pour la substitution des fils métalliques aux fils de soie.

M. VERNEUIL. Je pense que tous les ingénieux instruments imaginés à propos de la staphyloraphie pour le passage des fils seront abandonnés.

Avec les petites aiguilles américaines si tranchantes et si faciles à manœuvrer, on peut, en variant l'inclinaison de l'aiguille sur le porte-aiguille, réussir dans l'immense majorité des cas à placer ses points de suture sur les deux lèvres d'une division ou d'une fistule. Il faut, il est vrai, éviter le passage d'arrière en avant, ce à quoi l'on arrive, grâce au procédé d'A. Bérard. A l'aide de cette manœuvre et des instruments dont je viens de parler on peut, je le répète, suffire à presque toutes les indications de la suture.

M. DEPAUL. Je partage la manière de voir de M. Verneuil, je crois comme lui que les aiguilles américaines et un bon porte-aiguille sont les seuls instruments nécessaires dans la grande majorité des cas. Je veux revenir sur un autre point de la communication de M. Trélat. Cette désunion incomplète, cet amincissement, cet affaiblissement de la cicatrice, je l'ai observé deux fois après l'opération du bec de lièvre.

Dans le premier cas le bec de lièvre était double, j'opérais en dehors de l'hôpital. Tout marcha régulièrement, les épingles, dont je me sers encore, avaient été successivement retirées, la réunion était complète et parfaite. Au bout de quelques jours on me fit voir une teinte grisâtre de la cicatrice. Cette teinte n'était pas due à une exsudation, elle paraissait profonde; bientôt la cicatrice s'amincit, des perforations se produisirent en deux points et deux petites brides restèrent comme seuls vestiges de la réunion. Cela suffit cependant pour empêcher un nouvel écartement; à la longue, ces brides se sont si bien renforcées qu'il y a aujourd'hui, après deux années écoulées, une réunion solide quoique incomplète, et qu'il sera facile de la parfaire à l'aide d'une petite opération.

J'opérai le second enfant à l'hôpital, au troisième jour après la naissance, selon mon habitude. Après un succès en apparence complet, j'ai vu se reproduire les mêmes phénomènes de désunion partielle. Ce malade a été perdu de vue.

Je n'ajouterai plus qu'une remarque, c'est que je ne puis admettre, comme le pense M. Trélat, qu'il y ait là un simple travail de résorption. Il y a, je crois, une inflammation véritable, analogue à celle qui accompagne la chute du cordon ombilical, une inflammation que l'on pourrait appeler ulcérative.

M. TRÉLAT. Je remercie M. Depaul de son intéressante communication. Il est évident que nos malades ont subi le même processus pathologique. Est-ce une inflammation? Je ne veux pas aborder ce point de doctrine, mais, en présence de l'opinion exprimée par M. Depaul, je dois répéter que chez ma malade, il y a eu amoindrissement, amincissement des lambeaux et de la cicatrice, mais pas de travail inflammatoire.

M. Broca nous a raconté les difficultés qu'il a éprouvées pour passer les fils. Il n'y est arrivé en somme qu'en se servant d'un instrument auquel il a donné une forme fort analogue à celle que j'ai cru devoir donner au mien. Grâce à cette aiguille, j'ai pu d'ailleurs absolument éviter les grandes difficultés dont a triomphé notre habile collègue.

En fait de palatoplastie, on ne peut, en vérité, procéder par comparaison. Il y a des difficultés toutes spéciales, qui nécessitent, je crois, un outillage particulier. Aussi, je n'hésite pas à prédire à M. Verneuil qu'il éprouvera les plus grandes difficultés s'il veut se servir pour la palatoplastie des aiguilles américaines, si utiles d'ailleurs pour d'autres opérations.

PRÉSENTATION DE PIÈCE ANATOMIQUE.

Altération des os du bassin pouvant simuler une coxalgie.

M. MARJOLIN présente une pièce anatomique dont la description sera publiée ultérieurement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de médecine de la semaine.

— M. le président annonce à la Société que MM. Notta et Serre d'Alais, membres correspondants, assistent à la séance.

M. le président rappelle à la Société qu'une *discussion sur le traitement des arthrites purulentes par le drainage* est inscrite à son ordre du jour.

Après des observations présentées par MM. Després, Verneuil et Larrey, il est décidé, qu'en l'absence de M. Chassaignac, le premier inscrit pour prendre la parole, la discussion sera remise.

COMMUNICATIONS.

Hernie obturatrice.

M. L. LABBÉ montre une pièce anatomique et donne lecture de l'observation suivante recueillie par M. Carville, interne des hôpitaux.

Jeanne F..., veuve T..., quatre-vingt-un ans, blanchisseuse, admise à la Salpêtrière le 14 mai 1863, entrée à l'infirmerie le 21 mars 1866, salle Saint-Michel, lit n° 11, service de M. le docteur Labbé.

Cette malade a été reçue dans le service pour un eczéma de la vulve présentant tous les symptômes ordinaires de cette affection, prurit intolérable, gonflement, rougeur, suintement, etc.

Les ganglions inguinaux sont excessivement hypertrophiés ; au nombre de deux ou trois de chaque côté, à la partie interne de la région ils ne roulent pas sous le doigt, mais peuvent cependant être déplacés en causant une certaine douleur à la malade.

La santé générale est assez bonne, pas d'autre infirmité qu'une surdité très-prononcée, embonpoint développé.

Le 22 mars, le lendemain de son entrée à l'infirmerie, on lui prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz et des cataplasmes de fécule de pomme de terre sur la vulve. Le soir même elle se plaint de coliques violentes, après avoir été plusieurs fois à la selle. Cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Le 23, les coliques continuent, les selles ont cessé, mais alors commencent des vomissements jaunâtres qui se répètent assez fréquemment. La malade ne peut prendre aucun aliment sans le rendre à l'instant.

Une de ses parentes, employée à l'infirmerie générale, est interrogée sur la santé antérieure de la malade, et raconte que celle-ci a souvent des coliques semblables à celles qu'elle éprouve aujourd'hui ; que ces coliques s'accompagnent de vomissements, et qu'enfin ces phénomènes ont commencé à se produire il y a huit ans environ ; elle ajoute que la veuve T... étant à Charonne chez sa belle-fille, il y a neuf jours, a eu un accès de coliques et de vomissements qui s'est passé par le repos au lit et les cataplasmes sur le ventre.

Elle n'a jamais connu ni entendu parler de hernie à sa parente.

La malade, qui a toute sa raison, confirme ces renseignements. On procède alors à l'examen de la malade.

Elle ne porte aucun bandage herniaire ; son abdomen est d'un volume assez considérable, d'une consistance normale, pas de douleur à la pression ; on ne rencontre dans les fosses iliaques aucun signe de rétention de matières fécales.

L'exploration des régions ombilicale, inguinale et crurale, est faite avec grande attention ; rendue difficile dans l'aine par le gonflement de tout le pourtour de la vulve, par l'adénite concomitante ; on parvient cependant à constater qu'il n'y a rien d'anormal, rien de douloureux à la pression dans ces régions ; les efforts provoqués, la toux, n'y font non plus apparaître aucune tumeur.

La seule douleur constante dont se plaint la malade, et qu'elle a déjà, dit-elle, éprouvée lors des accès antérieurs, siége dans la cuisse gauche au côté antérieur et interne du membre, sur le trajet des vaisseaux et nerfs fémoraux, dans une étendue comprise en longueur entre l'arcade crurale et le niveau de l'anneau du grand adducteur ; cette douleur est exaspérée par la pression.

Du reste, la percussion et la palpation, même profonde, ne font rien trouver d'anormal dans cette cuisse gauche : pas de tumeur, pas de gonflement, pas d'œdème du membre inférieur ; matité absolue, en un mot rien que de la douleur.

Le 24, les jours suivants, même état ; la malade ne va plus à la selle, inappétence complète, pas de fièvre, affaiblissement progressif des forces.

Les vomissements deviennent de plus en plus fréquents, ils sont jaunes ou un peu verdâtres, d'une odeur fade mais non stercorale. Potion de Rivière, glace, eau de Seltz

Rien de nouveau comme signe physique; la douleur dans la cuisse est toujours très-vive.

Les signes rationnels d'un étranglement et la localisation de la douleur sur le trajet des vaisseaux et nerfs cruraux font porter le diagnostic d'une hernie obturatrice étranglée.

Le 26, l'état de la malade s'aggrave. On ordonne une purgation (calomel et jalap) qui, ainsi du reste que tout ce que prend la malade, est rapidement vomie. Coliques très-violentes, surtout du côté gauche de l'abdomen, douleur considérable dans la cuisse du même côté; ce membre n'affecte aucune position particulière et se prête à tous les mouvements.

Le 27, on prescrit un lavement purgatif qui est rendu sans aucune matière solide, la teinte de cette déjection est un peu rougeâtre.

Les vomissements sont continus, d'un vert foncé, d'une odeur très-fade.

L'état général est très-grave, la malade n'a presque plus sa raison; elle ne cesse de pousser des gémissements.

Son nez, ses joues, ses mains, ses pieds sont refroidis. Le ventre est peu gonflé, mais on y perçoit du tympanisme à la percussion, sans que toutefois les anses intestinales se dessinent à travers la paroi.

Dyspnée intense, soif très-vive que rien ne peut apaiser, car chaque goutte de liquide est immédiatement rejetée.

Le 28, pouls insensible, voix éteinte, sueur froide, facies grippé et cyanosé. Mort à trois heures de l'après-midi.

Le 30, autopsie à neuf heures du matin.

On ne trouve aucune trace de péritonite, les anses intestinales distendues par des gaz sont d'une coloration normale ou à peu près, sans hyperhémie prononcée.

Aucune fausse membrane sur la surface extérieure de l'intestin ni dans le petit bassin.

L'épiploon relevé et la masse intestinale déplacée, on voit alors qu'à 1m,50, à partir du duodénum, l'intestin grêle plonge dans une ouverture située en avant de la fosse iliaque gauche, puis qu'il en ressort pour continuer son trajet.

L'examen de cette anse intestinale, préalablement liée, est fait immédiatement dans sa portion visible sise au-dessus de l'ouverture où elle pénètre.

Le bout supérieur est un peu dilaté, le bout inférieur est presque normal. Pas de perforation au niveau de l'ouverture, pas de gangrène ni même de coloration noirâtre.

Étudiant ensuite l'anse intestinale, on voit qu'elle se dirige en avant et en dedans; elle refoule devant elle le péritoine, le tissu graisseux

sous-péritonéal très-abondant, puis le fascia pelvien, et pénètre par le canal obturateur qu'elle suit en entier.

L'anse intestinale, au moment où elle entre dans le canal obturateur, est en dedans et en avant des vaisseaux et nerf obturateur; à sa sortie du canal elle est en dedans et au-dessus de ces vaisseaux et nerf.

Arrivée à l'ouverture antérieure du canal obturateur, l'anse intestinale, coiffée du péritoine, refoule le fascia iliaca, et vient former, au bord supérieur du muscle obturateur externe, une tumeur de la grosseur d'une forte noisette à peu près.

Cette tumeur est recouverte par toute la masse musculaire supérieure et antérieure de la cuisse, et pour la découvrir il faut fendre dans toute sa longueur le muscle pectiné. La gaîne des vaisseaux et nerfs fémoraux est située en dehors de la tumeur, dont la sépare du reste le muscle pectiné; jusqu'au moment où le scalpel a eu pénétré à cette profondeur et fendu le muscle pectiné, il était impossible de sentir par la palpation la tumeur herniaire.

Le sac herniaire se compose de deux tuniques: d'abord et à l'extérieur, le fascia pelvien mince, un peu brunâtre, sans aucune perforation; ensuite, et à l'intérieur, une autre poche constituée par le péritoine.

Il n'y a pas d'adhérence entre la tunique extérieure du fascia iliaca et le muscle pectiné repoussé en avant; pas d'adhérence non plus entre la face intérieure de ce fascia iliaca et la face extérieure du sac péritonéal.

La tunique peritonéale est un peu surchargée de graisse, du reste hyperhémiée, mais sans coloration noire et sans perforation.

L'anse herniée a une longueur de 5 centimètres environ; elle est un peu brune, sans altération visible de ses tuniques, sans dépoli de sa séreuse, sans adhérence avec la face intérieure du sac péritonéal.

L'étranglement, au moment de l'autopsie, est assez serré pour qu'on ne puisse retirer qu'avec peine l'intestin; quelques jours après, cela est très-facile.

On reconnaît alors que l'étranglement paraît être opéré, surtout par la bride aponévrotique donnant insertion au muscle obturateur interne, et constituant le demi-cercle inférieur qui complète, avec l'arc osseux supérieur, l'orifice semi-ovalaire ou embouchure du canal obturateur.

Du côté extérieur, la même bride aponévrotique, qui là donne insertion au bord supérieur du muscle obturateur externe, paraît produire un résultat semblable sur le collet du sac herniaire.

Le collet du sac aurait donc ainsi une longueur de 1 centimètre

environ, et serait contenu dans un canal osseux supérieurement et fibro-musculaire inférieurement.

— **M. PERRIN** demande à communiquer, dans la prochaine séance, un fait analogue à celui de M. Labbé.

De la saillie de l'os après l'amputation, et de l'autoplastie par glissement comme moyen d'y remédier.

— **M. PHILIPPE** lit sur ce sujet un travail dont l'examen est renvoyé à une commission composée de MM. Laborie, Foucher et Le Fort.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

RECTIFICATION.

M. TRÉLAT demande une rectification au procès-verbal rédigé par M. Desprès, à propos de la discussion sur la Maternité de Bordeaux. Il est dit que la Société a adopté la conclusion de M. Tarnier. C'est une erreur. La Société a tenu compte des observations présentées par ses membres, mais elle a adopté la conclusion de la commission avec des modifications indiquées en séance.

La rectification sera faite au bulletin.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Une brochure sur quelques appareils en caoutchouc, par M. le docteur Clauzure (d'Angoulême).

— **M. LE Dr CAZENAVE** (de Bordeaux), adresse à la Société, à l'appui de sa candidature au titre de correspondant, la *Nomenclature paraphrasée* de ses travaux.

— **M. LARREY** présente, au nom de M. Giovanni Melchiori (de Milan), deux brochures intitulées : *Sur l'hydrocèle de la tunique vaginale; Sur une variété de hernie inguinale.*

— **M. GIRALDÈS** présente à la Société, au nom de M. le docteur

Gibson, inspecteur général du service de santé de l'armée anglaise, *La statistique médicale et sanitaire de l'armée anglaise* pour l'année 1864.

Une thèse pour le doctorat en médecine sur l'ophthalmie dipthéritique, par M. Cyprien Raynaud.

— **M. LEGOUEST** donne lecture d'une lettre de M. Broca, secrétaire général de la Société d'anthropologie. Par cette lettre, la Société de chirurgie est informée qu'une commission de cinq membres a été nommée pour s'entendre sur la question de distribution des locaux annexés à la salle des séances. Le bureau de la Société de chirurgie se mettra en communication avec la commission de la Société d'anthropologie.

— **M. LE PRÉSIDENT** annonce à la Société, qu'après en avoir délibéré avec le bureau, il déclare vacante une place de membre titulaire.

COMMUNICATION.

Amputation tibio-tarsienne. — Extirpation de l'astragale.

M. VERNEUIL présente, à l'appui de sa communication, deux de ses opérés, et communique sommairement cinq observations inédites :

1° et 2° Deux désarticulations du pied pour lésions traumatiques tout à fait semblables dans les deux cas. Le pied avait été écrasé par la roue d'un wagon; l'opération fut faite quelques heures seulement après l'accident.

La cicatrisation fut un peu longue à obtenir, mais elle fournit néanmoins d'excellents moignons qui supportent facilement la pression et sont très-propres à la marche.

L'un des opérés surtout peut faire sans fatigue plusieurs kilomètres avec une bottine très-simple.

L'autre, convalescent d'une affection interne indépendante de l'accident, se sert encore de béquilles. A la vérité, il a dû subir simultanément deux opérations, savoir : l'amputation tibio-tarsienne à droite, et à gauche l'amputation de la jambe au lieu d'élection, ce membre ayant été broyé jusqu'au voisinage du genou.

Les deux opérés sont soumis à l'examen de la Société.

Ces deux faits sont favorables à l'amputation immédiate pour les cas traumatiques; M. Verneuil a signalé incidemment les bons résultats qu'il a obtenus dans l'amputation de la jambe, quand il a pu opérer dans les premières heures qui suivaient la blessure.

3° et 4° Deux cas de désarticulation du pied pour lésions organiques furent au contraire suivis de mort.

Un malade atteint de carie du tarse fut opéré à Lariboisière. Peu à peu la santé générale s'altéra, la poitrine se prit, et au bout de deux mois environ se déclara une pleurésie symptomatique de tuberculisation aiguë qui enleva le malade.

La plaie eut toujours mauvais aspect et le lambeau talonnier si long, si ample, se rétracta néanmoins à ce point, que les extrémités osseuses faisaient au bout du moignon une saillie de plusieurs centimètres. Si le malade avait guéri, une résection eût été indispensable.

Dans le second cas il s'agissait d'une dame âgée, affectée d'une ostéite extrêmement douloureuse dont aucun moyen n'avait pu entraver la marche. Un érysipèle grave était déjà parti des trajets fistuleux. Les fusées purulentes menaçaient d'envahir la jambe. L'amputation, tout incertaine qu'elle fût, était devenue la seule ressource. Les choses allèrent bien les premiers jours, quand survint une hémorrhagie qui ne put être arrêtée que par la ligature de l'artère tibiale postérieure au tiers inférieur de la jambe. Mais bientôt un érysipèle nouveau se déclara et enleva rapidement la malade.

M. Verneuil regrette, dans ces deux cas, de n'avoir pas préféré l'amputation sus-malléolaire, opération évidemment plus simple, et dont la plaie est susceptible d'une guérison plus prompte que la désarticulation du pied.

5° Le dernier malade était un homme robuste qui fut pris de délire pendant le cours d'une variole et sauta par une fenêtre ; il en résulta une luxation de l'astragale qu'il fut impossible de réduire. La pression exercée par cet os sphacéla la peau de dedans en dehors. Lorsque l'eschare commença à se détacher, le pied et le bas de la jambe furent envahis par un phlegmon diffus. La variole étant alors guérie, M. Verneuil extirpa l'astragale, et passa plusieurs drains à la partie inférieure de la jambe. La guérison s'effectua lentement, mais sans accidents graves. Le pied reprit une forme satisfaisante, et tout porte à croire qu'il sera dans la suite d'un bon usage pour la marche.

M. LE FORT. J'ai eu l'occasion, il y a deux ans, à la Charité, dans le service de M. Denonvilliers, de pratiquer l'amputation tibio-tarsienne, en sectionnant les os comme le veut Syme, mais en conservant pour lambeau toute la peau du talon. Le résultat a été complet et le malade marche avec facilité.

Aussi, malgré le beau succès que nous a montré M. Laborie, pour une amputation sus-malléolaire, je crois à la supériorité de l'amputation tibio-tarsienne, en raison surtout de la très-grande facilité de la prothèse.

Le raccourcissement léger du membre est la cause de la claudication que présente le malade ; on pourrait, je pense, la combattre efficace-

ment en plaçant sous le talon de la chaussure un disque, une sorte de second talon disposé comme le tampon des wagons de chemin de fer, lequel aurait pour effet non-seulement de donner plus de longueur au membre, mais encore de donner dans la marche l'élasticité perdue par la suppression de l'avant-pied.

M. Larrey. Je rappellerai à la Société qu'elle a eu l'occasion d'examiner un amputé de Crimée de M. Leroy, et un opéré de M. Dauvé. Ces deux beaux succès plaident, comme ceux de M. Verneuil, en faveur de l'amputation tibio-tarsienne. J'ai vu appliqué le tampon ou coussin élastique dont vient de parler M. Le Fort. Il avait pour but de protéger le moignon et de s'opposer à la rétraction du lambeau.

M. Verneuil a amputé l'un de ses malades au lieu d'élection, je le sais cependant partisan de l'amputation à la partie inférieure de la jambe. Aurait-il modifié ses opinions, ou y a-t-il eu nécessité ?

M. Verneuil. Il y a eu nécessité, la jambe était horriblement broyée, il fallait l'amputer à sa partie supérieure ou bien couper la cuisse.

M. Laborie. Les résultats obtenus par M. Verneuil sont fort beaux ; mais l'on peut, avec l'amputation sus-malléolaire, se placer dans d'aussi favorables conditions. J'espère le démontrer par un travail que je soumettrai à la Société ; j'ai pu réunir vingt observations et recueillir les moules de tous les moignons. Il me paraît prouvé que toutes les fois que le lambeau postérieur comprend dans son épaisseur le tendon d'Achille et qu'il est suffisamment long pour que la cicatrice soit tout à fait antérieure, le moignon est solide et non douloureux. J'ai vu, au contraire, les moignons dans lesquels la cicatrice était à l'extrémité et l'épaisseur des chairs peu considérable, s'enflammer, s'ulcérer, être une source continuelle d'accidents et de douleurs.

M. Larrey. Je ne puis qu'abonder dans les idées de M. Laborie, que j'ai toujours défendues dans les discussions qui ont eu lieu dans notre Société.

M. Trélat. J'appuie aussi ce que vient de dire M. Laborie. Il faut que la cicatrice soit antérieure et le lambeau fort épais. Il ne suffit pas pour cela de le tailler largement et profondément, il est nécessaire d'obtenir rapidement la cicatrisation, sans cela les plus larges lambeaux peuvent se rétracter. Chez une pensionnaire de l'hospice des Ménages, à laquelle j'ai fait, il y a quatre années, une amputation de Chopart, un lambeau fort long et très-nourri s'est rapidement soudé. Cette femme marche facilement et le talon appuie franchement sur le sol. Je pourrais encore citer une amputation sus-malléolaire ; la cicatrisation du lambeau était complète le dixième jour, aussi le moignon

était-il solide et insensible à la pression. Le malade ne put, il est vrai, se livrer à la marche, car il succomba au bout de six mois à une tuberculisation mésentérique.

M. DESORMEAUX. Je désire être compté au nombre des partisans de l'amputation tibio-tarsienne. J'ai obtenu aussi de bons et durables succès. Je désire, en prenant la parole, dire quelques mots au sujet de ces individus que M. Verneuil a de la répugnance à opérer dans l'articulation tibio-tarsienne et qu'il désigne par l'épithète de lymphatiques; je les appellerais volontiers scrofuleux.

J'en ai opéré, et, sans avoir toujours à m'en louer, j'ai cependant obtenu d'assez bons résultats pour penser que, dans les cas de carie du pied, l'amputation tibio-tarsienne peut être appliquée avec avantage si les os de la jambe sont demeurés sains ou s'ils ne sont que peu altérés. Dans ce cas, je résèque ce qu'il est nécessaire des extrémités osseuses, mais j'ai toujours soin de conserver, pour former le lambeau, la peau du talon.

Sur quatre cas bien présents à ma mémoire, j'en ai deux dans lesquels la guérison fut obtenue, le troisième conserva des fistules et succomba à d'autres tumeurs blanches, le quatrième mourut trois jours après l'amputation. Je serais donc encore disposé à opérer dans l'articulation, si les lésions du pied n'étaient ni trop anciennes ni trop étendues pour me faire redouter l'envahissement des os de la jambe. Je dirai encore que les plus grands lambeaux ne sont jamais trop grands et que je regarde comme fort important d'y comprendre la peau du talon.

M. VERNEUIL. La surface à cicatriser est bien plus étendue dans l'amputation tibio-tarsienne que dans la sus-malléolaire. C'est pour cela surtout que je préfère celle-ci lorsqu'il s'agit de lésions chroniques et surtout de sujets scrofuleux. Il importe, en effet, de leur donner le moins possible à faire comme cicatrisation, et l'amputation sus-malléolaire remplit mieux ce but que la tibio-tarsienne. Je ferai d'ailleurs observer à notre collègue, que lorsqu'il résèque l'extrémité articulaire, ce n'est plus l'amputation tibio-tarsienne qu'il pratique.

NOMINATION DE COMMISSIONS.

On procède, par voie de scrutin, à la nomination de deux commissions pour l'examen des titres des candidats aux places de *membres correspondants nationaux et étrangers*.

Première commission : MM. Legoucst, Depaul, Trélat, Broca, Guérin.

Deuxième commission : MM. Legouest, Giraldès, Verneuil, Larrey, Le Fort.

COMITÉ SECRET.

Sur la demande de plusieurs membres, la Société se forme en comité secret à cinq heures.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine ;

Le *Bulletin général de thérapeutique.*

MM. Robert et Collin, fabricant d'instruments de chirurgie, présentent un nouvel appareil dit ophthalmofantôme, destiné à exercer les élèves à faire des opérations sur des yeux d'animaux.

— M. GUERSANT fait hommage à la Société du septième fascicule de ses *Notices sur la chirurgie des enfants.*

— M. CULLERIER fait hommage à la Société de son *Précis iconographique des maladies vénériennes.*

— M. L. LABBÉ présente, de la part de M. Spencer-Wells, une brochure intitulée : *Remarques cliniques sur les divers moyens de détruire le pédicule dans l'ovariotomie.*

— M. GUÉNIOT adresse une lettre de candidature à la place vacante de membre titulaire.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société que MM. Gaillard (de Poitiers), et Ollier (de Lyon), membres correspondants, assistent à la séance.

RAPPORTS.

Ovariotomie.

M. LÉON LABBÉ lit un rapport sur une observation d'ovariotomie pratiquée avec succès par M. le docteur Aubrée (de Rennes).

Messieurs, dans la séance du 6 décembre 1866, monsieur le Dr Aubrée, professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'École de mé-

decine de Rennes, a lu devant vous une observation fort intéressante d'ovariotomie, pratiquée par lui le 28 août 1865.

Sans vouloir entrer ici dans tous les détails de ce fait important, permettez-moi de vous indiquer les points les plus saillants de cette observation.

Je rappellerai : 1° Que c'est à la ménopause que s'est developpé le kyste.

2° Que madame B... était âgée de 51 ans ; ce qui prouve, un fois de plus, que l'âge avancé n'est pas une contre-indication à l'ovariotomie.

3° Que trois ponctions ont été pratiquées à un intervalle de quelques semaines et que, par un heureux hasard, un kyste énorme a pu être vidé. Il y avait absence presque complète d'adhérences.

4° Des difficultés pour l'extraction du kyste de la cavité abdominale se sont présentées; ces difficultés étaient dues à la structure de la tumeur, composée en notable partie de kystes aréolaires; d'où la nécessité d'une très-longue incision pratiquée sur le kyste. J'ai eu moi-même l'occasion d'agir ainsi, dans une ovariotomie pratiquée au mois de juillet 1865.

5° La suture a été appliquée de manière à juxtaposer dans une large surface les bords du péritoine.

6° Le pédicule a été fixé sans laisser le clamp à demeure, avec une très-forte épingle, comme le fait Spencer-Wells, et de plus en nouant la partie libre des ligatures sur un bâtonnet mis en travers de la plaie.

7° Aucune complication inflammatoire n'est survenue après l'opération :

Le ventre est toujours resté souple et aplati.

8° Les points de suture les plus éloignés du pédicule ont été enlevés le sixième jour; et celui correspondant à la plus forte épingle placée au niveau du pédiculo ainsi que deux autres restants le onzième jour.

9° Enfin la chute des ligatures du pédicule, dix-sept jours après l'ovariotomie.

Le 27 septembre, la cicatrisation était complète, et la malade pouvait marcher une partie de la journée, mais quelques tiraillements douloureux se faisaient sentir encore vers le lombes et le sacrum. Ces douleurs ont elles-mêmes disparu quelque temps après, et l'opérée se trouvait aussi bien qu'avant l'apparition de son kyste.

Ainsi que vient de vous l'apprendre le résumé de cette observation. tout dans ce cas s'est passé de la façon la plus régulière et la plus favorable, et la nature est venue prêter aide à notre habile confrère.

Aucune des nombreuses complications qui peuvent s'opposer à l'issue heureuse de l'ovariotomie ne s'est présentée, et dans l'espace d'un mois une santé parfaite a été rendue à la malade.

Nous sommes heureux, messieurs, de pouvoir ajouter ce nouveau résultat favorable à ceux, trop peu nombreux encore, que nous comptons en France, et nous pensons que nous ne saurions trop féliciter M. Aubrée du beau succès qu'il a obtenu.

M. Aubrée est placé, messieurs, à la tête d'un service de chirurgie important, à l'hôpital de Rennes; il a été interne des hôpitaux de Paris, et a publié, lors de son doctorat, une excellente thèse sur l'érysipèle.

Ces divers titres m'engagent à vous proposer les conclusions suivantes :

1° Remercier M. Aubrée de son intéressante communication.

2° Publier en entier son observation dans nos bulletins.

3° Inscrire M. Aubrée, en rang honorable, sur la liste des candidats au titre de Membre correspondant.

Observation de kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. — Ovariotomie. — Guérison par le docteur Ed. Aubrée, professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Rennes.

Madame B..., âgée de 51 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament nerveux, a toujours joui d'une bonne santé. — Elle a eu deux enfants, le dernier, il y a seize ans. Ses couches ont été très-heureuses.

Il y a trois ans que ses règles se sont montrées pour la dernière fois.

Seize mois plus tard, en novembre 1863, madame B... s'aperçut qu'elle portait dans la partie inférieure du ventre une tumeur qui était grosse, environ, comme une tête de fœtus à terme. Cette tumeur n'était nullement douloureuse, et n'entraînait aucun dérangement dans les fonctions des organes voisins.

Le volume de cette tumeur augmenta progressivement jusqu'au mois de mai dernier, et devint tel, que la cavité abdominale tout entière fut distendue, au point de gêner l'ampliation de la poitrine et de troubler les fonctions de l'estomac, de l'intestin et de la vessie. La marche était très-pénible.

Des douleurs irradiantes apparurent dans les lombes, le sacrum et les cuisses. Le sommeil était agité et souvent interrompu par les douleurs.

Vers la fin de juin, ne pouvant plus supporter la gêne excessive que lui causait le volume énorme de la tumeur, elle réclama les soins de mon ami le docteur Pinoul, de Dol.

Il reconnut dans cette tumeur un kyste de l'ovaire, et fit une ponction qui donna issue à dix litres environ d'un liquide jaunâtre, un peu filant. Toutefois cette ponction ne diminua que de moitié le volume de la tumeur abdominale.

Le soulagement léger apporté par la ponction ne fut pas de longue durée ; car, le 17 juillet, un mois après, madame B... venait réclamer instamment une nouvelle évacuation du liquide.

Cette seconde ponction, pratiquée du côté gauche, comme la première, n'amena encore qu'une réduction de volume, en éliminant huit litres de liquide.

Le lendemain, 18 juillet, je vis pour la première fois madame B...

Elle est de taille moyenne, brune, amaigrie; son teint est encore assez bon, et les muqueuses un peu colorées. Depuis quinze à vingt jours, l'appétit manque complétement, le sommeil a disparu, les douleurs lombaires augmentent et n'ont presque aucune rémission.

La tumeur du ventre offre le volume de l'utérus à huit mois de grossesse. Elle est saillante en avant, facile à délimiter en haut et sur les côtés, s'enfonçant dans le petit bassin. Sa consistance est molle et fluctuante à gauche de l'ombilic, dure, comme une tumeur solide, à droite dans une étendue de quinze à dix-huit centimètres carrés, moins ferme, plus élastique, mais non fluctuante dans toute sa portion sous-ombilicale.

La surface antérieure du kyste présente des ondulations légères, faciles à constater à travers les parois abdominales amincies.

Par le toucher vaginal, on trouve l'utérus fortement incliné à droite, le col dirigé vers la gauche.

Après cet examen et les renseignements donnés par la malade, il était évident que madame B... portait un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche.

Ce diagnostic posé, fallait-il proposer l'ovariotomie, fallait-il s'abstenir?

L'âge avancé, l'amaigrissement, l'affaiblissement progressif, le volume considérable de la tumeur après la ponction, sa consistance solide dans une grande étendue, semblaient peu favorables à l'opération.

D'un autre côté, madame B... n'avait jamais eu de maladie grave, ses couches n'avaient été suivies d'aucun accident inflammatoire, il

n'y avait dans les poumons, le cœur, les reins et les ganglions lymphatiques aucun signe d'affection organique, la couleur de la peau et des muqueuses n'accusait pas d'état cachectique.

L'amaigrissement et le dépérissement avaient marché si vite depuis trois mois, les ponctions avaient eu si peu de résultats, qu'on devait, en n'agissant pas, redouter une fin prochaine.

Madame B... habitant la campagne, dans une maison bien aspectée, au sommet d'un coteau élevé, très-près de la mer, se trouvait dans les meilleures conditions hygiéniques.

Le docteur Pinoul avait jugé le cas favorable à une opération radicale. Je partageai pleinement son opinion; et madame B..., mise au courant de sa situation, dont elle avait parfaitement conscience, n'hésita pas elle-même à se prononcer pour l'ovariotomie.

C'est le lundi 28 août, par une température sèche de 27 degrés centigrades, que l'opération fut pratiquée avec le concours de M. Gascon, interne de clinique à l'hôpital de Rennes, et des docteurs Bastard et Pinoul, de Dol, dont l'intelligence et l'habileté m'ont été si utiles pour mener à bonne fin cette laborieuse entreprise.

Madame B..., calme et confiante, est placée à onze heures et demie sur un lit spécial, enveloppée d'un peignoir de flanelle, l'intestin et la vessie ont été préalablement vidés.

Le docteur Bastard veut bien se charger de donner le chloroforme qu'on pousse jusqu'à résolution musculaire complète.

Une incision de douze centimètres s'étend de l'ombilic jusqu'à deux centimètres du pubis, comprenant successivement tous les tissus jusqu'au péritoine.

Après quelques minutes d'attente, lorsque l'écoulement sanguin a cessé, le péritoine est ouvert avec précaution dans toute l'étendue de la plaie extérieure.

Un demi-litre de sérosité citrine s'écoule de la cavité abdominale, et le kyste apparaît entre les bords de la plaie, recouvert, dans sa partie supérieure, par l'épiploon.

La main, introduite entre l'épiploon et la paroi antérieure de la tumeur, refoule en haut l'épiploon et, explorant la surface accessible du kyste, la trouve libre d'adhérences.

Un trocart de très-gros calibre est plongé dans le kyste, au centre de l'ouverture abdominale; cinq cents grammes environ de liquide mélicérique s'écoulent par la canule.

J'essaye en vain de vider un autre kyste en faisant plusieurs ponctions dans la paroi postérieure de la poche vidée, rien ne s'écoule. Le trocart retiré est introduit dans une loge du volume du poing située à droite de la première.

Même insuccès par les ponctions pratiquées sur la paroi postérieure de cette loge.

Ponction d'une troisième cavité kystique de même volume que la précédente.

La main est introduite dans la cavité abdominale, parcourt toute la partie supérieure de la tumeur, détruit quelques adhérences au voisinage du côlon transverse, et trouvant à la partie supérieure gauche, une poche étendue et très-fluctuante, je l'abaisse jusqu'au niveau de l'incision, on la saisit avec deux pinces de Museux, et je la ponctionne.

Toute la partie supérieure droite de la tumeur et la moitié postérieure, à droite de l'ombilic, étant de consistance solide, je renonce à me servir du trocart, et j'essaye, par des tractions, de faire sortir la tumeur, bien qu'elle soit encore d'un volume assez considérable.

Ne réussissant pas, malgré des tentatives aussi fortes qu'on pouvait le faire prudemment, j'agrandis de deux centimètres l'ouverture de l'abdomen, en contournant avec le bistouri, la partie gauche de l'ombilic.

Le kyste sorti, nous constatons la grande brièveté du pédicule, qui n'a que quatre à cinq centimètres de longueur. Nous appliquons le clamp aussi près que possible de la tumeur, et le pédicule ainsi aplati mesure huit centimètres d'avant en arrière. Avec une aiguille courbe, je passe au milieu de ce pédicule deux ligatures solides en fil de soie, et je lie séparément les parties antérieure et postérieure.

Je passe ensuite un peu au-dessous des ligatures une ficelle de chanvre que je serre fortement. Je coupe le pédicule au-dessus du clamp, que je retire pour le mettre de côté.

J'introduis quatre fois dans la cavité pelvienne, une éponge placée au centre de la main dont les doigts sont à demi-fléchis, pour enlever le liquide kystique, que l'habileté de mes aides, et toutes les précautions ordinaires n'ont pu empêcher d'entrer dans l'abdomen.

La malade, qui sort de l'état anesthésique dans lequel elle est restée pendant trente minutes, accuse une douleur vive, chaque fois que la main est introduite au fond du petit bassin.

L'ovaire droit, l'utérus et ses annexes, reconnus sains, la réunion est immédiatement pratiquée par neuf points de suture métallique adossant les deux lèvres du péritoine à un centimètre des bords de l'incision.

Une très-forte épingle, passant dans les bords de la plaie, traverse le pédicule au niveau des ligatures.

Madame B... est replacée dans son lit, quarante-cinq minutes après qu'on a commencé à donner le chloroforme.

La face est pâle, fatiguér, le pouls petit à 108, la peau refroidie. Il y a des nausées, et la région des lombes est le siége de vives douleurs. Le ventre est recouvert de fortes couches d'ouate assujetties par un bandage de corps modérément serré.

Les jambes et le tronc sont entourés d'eau chaude; on donne environ un centigramme et demi de morphine en deux cuillerées de potion, et on laisse l'operée en repos.

Anatomie pathologique de la tumeur. — La tumeur après sa section présente encore un volume assez considérable. Elle pèse cinq livres et demie.

Examinée d'abord, dans sa disposition générale, elle présente : une portion dure et résistante au toucher, qui occupe sa partie latérale et supérieure droite, — sa partie supérieure gauche est formée par un grand kyste. — Trois kystes, de moyen volume, constituent sa partie antérieure et inférieure. La portion d'apparence solide est soumise, dans toute son épaisseur, à des coupes, qui ouvrent une une très-grande quantité de loges ou vacuoles complétement isolées les unes des autres, dont les dimensions varient entre un et trois centimètres de diamètre.

Les parois de ces kystes présentent à peu près partout la même épaisseur d'un millimètre environ. Elles sont formées par un tissu fibreux, qui, à l'intérieur des loges, présente l'aspect lisse et brillant d'une membrane séreuse.

Le liquide contenu dans ces kystes présente des caractères physiques très-variés.

Ainsi, dans le grand kyste c'est un liquide jaunâtre, un peu filant. Dans les moyens, il est plus foncé et plus épais, contenant des paillettes de cholestérine. Dans les loges des kystes aréolaires, le liquide est encore plus varié : tantôt clair et transparent comme de la salive dans les uns, il est dans d'autres filant comme de l'albumine, ou même d'un blanc laiteux.

La quantité de liquide extraite pendant l'opération peut être estimée à dix litres environ.

Deux heures après l'opération, la chaleur à la peau est revenue. Le pouls est plus large à 104 pulsations, la face colorée. Les nausées et les douleurs des lombes persistent.

La partie libre du pédicule est touchée avec du perchlorure de fer liquide, et les extrémités des ligatures sont nouées sur un bâtonnet,

de la grosseur d'un crayon, roulé dans une petite compresse et placé en travers de la plaie.

On doit donner toutes les deux heures une cuillerée de la potion avec morphine, dix centigrammes, de l'eau avec du sirop de groseilles pour boisson. Le cathétérisme doit être pratiqué toutes les cinq heures.

29 août. — Le lendemain matin, il n'y a pas eu de sommeil, l'opérée est agitée, un peu inquiète, la langue est humide, il n'y a plus de nausées.

La face est colorée, la peau chaude, le pouls assez développé, à 104 pulsations.

Le ventre est très-plat, très-peu sensible, même au voisinage de la plaie. L'émission des urines a eu lieu naturellement et sans douleur à quatre reprises.

Nous prescrivons de continuer la morphine, en diminuant la dose, et les boissons rafraîchissantes.

Le 30. — Le docteur Pinoul qui, seul, à cause de la distance qui me sépare de notre opérée, la voit le surlendemain, constate, un état aussi satisfaisant que la veille et compte 98 pulsations par minute.

Le 31. — Le pouls est à 92, le facies bon, la langue humide, la suppuration commence auprès du pédicule, autour duquel se manifestent quelques douleurs.

Le 1er septembre. — État général et local toujours satisfaisant. On commence à donner du bouillon.

Le 2 septembre au soir, je retourne auprès de madame B... et j'apprends que le matin il y a eu un état syncopal qui a persisté pendant quarante-cinq minutes. Je trouve le pouls petit, faible à 84 pulsations, le facies bon, les pommettes colorées ; la langue est blanche et humide ; l'appétit se fait sentir. Il n'y a pas eu de selles. L'émission de l'urine est toujours facile.

Le ventre est partout souple et aplati, très-peu sensible à la pression dans la région sous-ombilicale.

La plaie est réunie par première intention dans toute sa partie profonde; ce n'est que dans deux ou trois points peu étendus de la peau que se montrent des bourgeons charnus. L'infundibulum correspondant au pédicule contient un liquide noirâtre et séreux, à odeur fétide. Le bâtonnet qui soutient les ligatures est enlevé, et l'infundibulum nettoyé avec le plus grand soin. C'est avec peine qu'on découvre à quatre ou cinq centimètres de profondeur la partie libre du pédicule, que nous touchons avec le perchlorure de fer. Nous enlevons ensuite tous les points de suture, sauf les deux plus rapprochés du

pédicule. L'infundibulum est en partie rempli de charpie légèrement humectée d'eau chlorurée qu'on renouvelle toutes les six heures.

Nous alimentons la malade avec des potages, des viandes et du vin.

5 septembre. — Le besoin d'aller à la selle se fait sentir. On donne un lavement laxatif qui débarrasse l'intestin, sans efforts.

7 septembre. — Je retrouve madame B... dans l'état le plus satisfaisant : l'appétit est excellent, le sommeil est revenu, le pouls à 72.

J'enlève les deux dernières sutures et l'épingle qui traverse le pédicule. La suppuration autour de ce dernier est peu abondante, et sans odeur fétide.

12 septembre. — Il n'y a presque plus de suppuration autour du pédicule ; les ligatures ne viennent pas sous l'influence d'une légère traction. Le ventre est toujours aussi indolent et aussi souple. Quelques douleurs vers les lombes persistent.

Madame B... peut se coucher sur les côtés sans éprouver de douleur.

14 septembre. — Les fils à ligatures tombent par une légère traction faite par le docteur Pinoul qui permet à l'opérée de se lever, dix-sept jours après l'extraction du kyste.

A la date du 27 septembre mon ami m'écrit que madame B... se promène une partie de la journée, et que sa santé serait parfaite si quelques tiraillements douloureux ne se faisaient encore sentir vers les lombes et le sacrum.

Depuis la fin de septembre les douleurs lombaires ont beaucoup diminué, et l'opérée se trouve aussi bien qu'avant l'apparition du kyste.

Le rapporteur conclut à la publication de l'importante observation de M. Aubrée, et à l'inscription de celui-ci sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

— M. Léon Labbé fait un rapport verbal sur une observation de M. le docteur Pénard (de Rochefort), il propose à la Société d'adresser des remercîments à l'auteur, et de déposer son travail aux archives.

Les conclusions sont adoptées.

Tumeur fibro-plastique du genou ayant nécessité l'amputation de la cuisse. — Récidive. — Mort.

M. LABORIE. La Société doit désirer connaître la suite des observations qui lui ont été communiquées ; c'est à ce titre que je viens rappeler l'histoire d'un malade que j'ai opéré au mois de février de cette année.

Il s'agissait d'une tumeur fibro-plastique ayant envahi le tibia à sa partie supérieure et pénétrant jusque dans l'articulation du genou. Des accidents très-graves nécessitèrent l'amputation de la cuisse.

Le malade guérit parfaitement et put reprendre son état.

Mais en août, il revint dans mon service avec des tumeurs dans la région inguinale. Ces tumeurs ne laissaient aucun doute sur leur nature. J'aurais pu les enlever, mais des symptômes positifs indiquant des lésions du côté des poumons, je dus m'abstenir.

Le malade est mort le 15 octobre. Nous avons trouvé des masses cancéreuses dans les poumons.

J'ajoute que la tumeur du genou était composée de tissu fibroplastique sans trace de cellules cancéreuses.

Dans les poumons, au contraire, nous avons trouvé en grande abondance l'élément anatomique cancéreux.

Du côté du moignon, toutes les parties étaient dans un état parfait.

J'ai l'honneur de mettre sous vos yeux l'extrémité du fémur amputé. Malgré le peu de temps écoulé depuis l'opération, le canal médullaire est fermé par un véritable couvercle osseux.

Anévrysme traumatique du pli du coude.

M. TILLAUX. Messieurs, je désire vous entretenir d'un cas intéressant que j'ai dernièrement observé à la Charité, dans le service de M. le professeur Denonvilliers.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, Étienne B..., habitant la commune d'Alvan, près Châteauroux, était saigné au bras gauche le 14 juillet dernier par une religieuse. Un jet de sang s'échappa immédiatement à une distance de plus de deux mètres. La religieuse effrayée établit immédiatement une forte compression sur le bras, et arrêta ainsi l'hémorrhagie. Mais le membre ne tarda pas à enfler, devint noir et extrêmement douloureux. Le surlendemain de l'accident le malade n'y pouvant plus tenir, supplia la religieuse de lever la compression. L'hémorrhagie ne se renouvela pas. Le gonflement étendu d'abord à tout le bras, se limita de plus en plus, et quelques

jours après, il restait seulement une tumeur bien circonscrite au pli du coude. Cette tumeur était indolente, mais le malade s'inquiétant des battements qu'il y observait, fut consulter un médecin de Châteauroux, M. le docteur Joulin. Bientôt la tumeur augmenta de volume, devint douloureuse, la peau rougit et les battements disparurent. M. Joulin l'envoya à Paris, et le 17 septembre il entrait à la Charité.

Au bras gauche existait une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme environ, descendant à 4 ou 5 centimètres au-dessous du pli du coude, et occupant les deux tiers inférieurs du bras. La tumeur offrait au niveau du pli du coude une bosselure. La peau qui la recouvrait était rouge, violacée, très-amincie. On eût dit un abcès chaud tout prêt de s'ouvrir spontanément; fluctuation partout des plus manifestes. A la palpation, l'inspection, et l'auscultation, aucun soulèvement, aucun bruit dans la tumeur. La compression de l'humérale au-dessus n'amenait aucun changement, et les battements des artères radiale et cubitale, quoique plus faibles que du côté opposé, étaient néanmoins perceptibles. En un mot, cette tumeur ne présentait plus aucun signe d'anévrysme, et sans les renseignements très-précis fournis par le malade, le diagnostic eût sans doute été embarrassant.

J'avais évidemment affaire à une poche anévrysmale enflammée, et qui menaçait de s'ouvrir spontanément.

L'anévrysme était-il artériel ou bien artério-veineux ? Je crois qu'il était impossible de le savoir, car, pour cela, il eût fallu connaître les symptômes du début, et je les ignorais absolument, le malade n'ayant souvenir que de battements.

Je m'abstins les premiers jours de tout traitement actif, observant seulement avec une attention extrême. J'étais d'autant plus inquiet que le jeune homme est épileptique, et que dans une attaque la poche aurait pu se rompre ; mais l'état des parties ne resta pas stationnaire.

La rougeur s'étendait, la peau s'amincissait de plus en plus. Aussi, craignant en mon absence la rupture de la poche, et n'étant pas certain d'ailleurs, en présence des signes que je viens de décrire, qu'il n'existât pas un abcès en dehors d'elle, je fis, le 25, avec le bistouri, une ponction dans la partie la plus proéminente de la tumeur. Des caillots noirs, semblables à du raisiné, se présentèrent immédiatement en petite quantité. Rassuré alors sur le danger d'une hémorrhagie imminente, j'attendis les événements, l'état général du malade étant très-satisfaisant.

Une aggravation notable survint à partir du 28 ; le pouls s'éleva à 110. La peau était brûlante, un commencement de phlegmon se

manifesta à l'avant-bras. Le 29, l'état général était plus mauvais encore. Toute la journée le malade présenta un hoquet continuel, des vomissements, une fièvre très-intense. Son facies était profondément altéré; il ne goûtait plus aucun repos. Il fallait agir.

Les accidents avaient évidemment leur point de départ dans l'inflammation du sac; l'indication à remplir était donc de le fendre largement et de le débarrasser des caillots qu'il contenait; mais je devais songer à la probabilité d'une forte hémorrhagie; deux moyens se présentaient : ou bien fendre le sac et lier dans sa profondeur au-dessus et au-dessous de la plaie artérielle, ou bien jeter préalablement une ligature au-dessus du sac, suivant la méthode d'Anel. Malgré les dangers sérieux que cette dernière méthode offre dans le traitement de l'anévrysme artério-veineux, c'est à elle que je m'arrêtai, car je n'étais pas certain d'avoir affaire à un anévrysme artério-veineux d'une part, et de l'autre je redoutais les difficultés de la ligature des deux bouts dans la poche.

Je pratiquai donc, le 29 au matin, la ligature de l'humérale à son origine, opération qui, malgré l'œdème considérable du membre, ne présenta aucune difficulté; j'ouvris ensuite le sac et en fis sortir les caillots mi-partie passifs et mi-partie actifs.

Les suites furent très-simples ; à partir de ce moment le hoquet et les vomissements cessèrent, la fièvre tomba, le sommeil et l'appétit revinrent, et quelques jours après, le malade se promenait sans éprouver aucune douleur.

J'espérais la guérison, lorsque le septième jour, 6 octobre, on accourut en toute hâte me chercher, le malade était baigné de sang dans son lit; l'hémorrhagie provenait du sac. Pensant qu'elle venait du bout inférieur, je fus d'abord à la recherche de celui-ci après avoir fait au pli du coude une incision sur le trajet connu de l'artère; j'éprouvai bien quelques difficultés à travers les caillots fibrineux et les bourgeons charnus; je ne tardai cependant pas à le lier, mais l'hémorrhagie continua aussi violente. Je recherchai donc le bout supérieur, dont la ligature mit définitivement un terme à l'écoulement sanguin.

A partir de ce jour, le malade n'a plus éprouvé aucun accident; les plaies ont marché vers une rapide cicatrisation, et j'ai l'honneur, messieurs, de vous présenter aujourd'hui ce jeune homme qui retourne demain dans son pays. Vous pourrez constater que le bras a conservé toute sa sensibilité et sa motilité, sauf l'extension qui n'est pas encore complétement revenue.

— **M. LARREY** demande si la religieuse qui a pratiqué la saignée, a opéré de son autorité privée ou d'après l'ordonnance d'un médecin.

— Il résulterait des renseignements connus que c'est de son autorité privée que la sœur a dû agir.

M. DOLBEAU. Il y a dans la communication de notre collègue une lacune que je désirerais lui voir combler. Le diagnostic n'est pas posé ; s'agit-il d'un anévrysme artério-veineux ou d'un anévrysme artériel ? Pour moi, d'après les détails de l'observation, il y aurait lieu d'admettre l'existence d'un anévrysme artériel.

Quelle devait être la conduite du chirurgien ? Il me paraît incontestable que la recherche immédiate des deux bouts de l'artère blessée, au-dessus et au-dessous de la poche anévrysmale, était l'indication vraie. Arrêté par le sentiment des difficultés opératoires, notre collègue n'est arrivé à remplir cette indication que lorsqu'il a eu la main forcée. Il est à remarquer que l'opération a été heureusement pratiquée; il en aurait été de même s'il eût d'emblée eu recours à cette méthode. La région poplitée mise à part, les difficultés opératoires sont loin d'être insurmontables. Dans l'espèce, je dirai même que l'opération est facile, l'artère est assez volumineuse et assez superficielle pour qu'on puisse facilement la rencontrer. C'est ce que j'ai vu lorsque MM. Velpeau et Nélaton opéraient dans deux cas que j'ai observés ; c'est ce qui est advenu lorsque j'ai opéré moi-même dans un autre cas.

M. TILLAUX. M. Dolbeau n'a sans doute pas entendu la partie de ma communication relative à la discussion du diagnostic. J'ai dit et je répète que je ne pouvais arriver à un diagnostic positif de l'espèce. Je suis resté dans le doute, et c'est précisément parce que je pouvais espérer avoir affaire à un anévrysme artériel que j'ai eu recours à la méthode d'Anel et lié l'axillaire. Si j'avais cru, comme je l'ai cru depuis, à un anévrysme artério-veineux, j'aurais immédiatement pratiqué la ligature des deux bouts. Ce n'est pas que je me dissimule les difficultés d'une opération de cette espèce, même dans la région du coude, quand une tumeur anévrysmale est à ce point volumineuse et enflammée, que l'on a lieu de craindre qu'un phlegmon diffus n'ait pris naissance à son contact.

M. DOLBEAU. Je ferai observer encore que, d'après l'examen du malade, c'est l'humérale et non l'axillaire qui a été liée par M. Tillaux.

M. DESPRÉS. Je ne puis comprendre l'incertitude dans laquelle M. Tillaux est resté, relativement au diagnostic. Aucun des grands signes de l'anévrysme artério-veineux n'était constaté, aucune des modifications que sa présence imprime aux veines et à l'artère du membre affecté, les troubles fonctionnels propres aussi à la phlébartérie, engourdissement, refroidissement des doigts, n'existaient pas non

plus. Pourquoi donc y songer ? Mais il n'y avait pas seulement absence des signes propres et pathognomoniques de l'anévrysme artério-veineux, il y en avait qui appartiennent presque exclusivement à l'anévrysme artériel. Ainsi la coagulation du sang, c'est-à-dire la présence de volumineux caillots dans la poche anévrysmale, ce qui avait d'autant plus de signification que l'accident était encore récent. Je ne dois donner qu'avec réserve un diagnostic basé sur de simples renseignements, mais je crois qu'il s'agissait ici d'un anévrysme artériel faux primitif.

M. TILLAUX. M. Després se base sur l'absence des signes propres à l'anévrysme artério-veineux pour en rejeter l'existence. Mais il semble oublier que la dilatation des veines et de l'artère n'arrive pas dans un aussi bref délai qu'il le suppose, et que j'avais affaire à une tumeur enflammée et par conséquent modifiée, défigurée. C'est dans cet état, et en raison même de cet état, que le malade nous a été envoyé. L'inflammation seule suffirait à expliquer la présence des caillots dans la poche. Cela n'est pas d'ailleurs absolument rare dans les anévrysmes artério-veineux, et la marche ultérieure de la maladie me porte à croire que c'est à cette espèce d'anévrysme que j'ai eu affaire.

M. BROCA. L'affirmation de M. Després relativement à la facilité du diagnostic de l'espèce d'une tumeur anévrysmale m'a engagé à demander la parole. Oui, ce qu'a soutenu notre collègue est vrai, quand les choses sont à l'état simple, mais tout change dans un cas semblable à celui de M. Tillaux. Les bruits caractéristiques en particulier sont en rapport direct de l'état de l'ouverture de communication et du diamètre de la poche anévrysmale. J'ai souvent eu à relever, en compulsant des observations, des cas d'erreurs, et je m'explique très-bien sa possibilité dans le cas actuel. Il est vrai que l'on ne rencontre que très-rarement des caillots dans l'anévrysme artério-veineux, mais l'inflammation de la poche peut expliquer leur formation.

Je crois cependant que les détails que nous a donnés M. Tillaux sont de nature à faire admettre l'existence d'un anévrysme artériel, mais je ne saurais être aussi affirmatif que M. Després.

Notre honorable collègue, M. Larrey, a tenu à relever le côté moral et professionnel de cette observation. Je pourrais rapprocher de ce fait malheureux celui du docteur Chapelle, de Saint-Malo. La saignée faite par une religieuse fut également suivie de la formation d'un anévrysme.

M. LARREY. Au point de vue pratique, je pense que l'ouverture de la poche et la ligature des deux bouts de l'artère lésée au-dessus

et au-dessous de l'anévrysme est la vraie indication à remplir dans la grande classe des anévrysmes traumatiques. Je me rappelle avoir présenté à la Société un cas de la clinique du Val-de-Grâce. L'artère humérale avait été blessée au pli du coude par un éclat de verre, j'ouvris la poche anévrysmale, je liai les deux bouts de l'artère, et le blessé guérit sans accidents.

J'ai voulu que les renseignements relatifs à l'exercice illégal de la chirurgie fussent bien spécifiés, c'est en effet une question grave qui souvent dejà a attiré mon attention et provoqué mes réflexions. Il convient peut-être de la réserver, mais c'est une question à reprendre, et je crois que la Société de chirurgie pourrait s'attribuer la mission de l'éclairer de ses avis. Je serai à sa disposition si elle juge convenable de s'occuper un jour de l'exercice illégal de la chirurgie. Le cas du docteur Chapelle m'est parfaitement connu; outre celui qui vient de nous être signalé, j'en connais encore deux autres parfaitement analogues; j'ai parlé de l'un d'eux dans la Société de chirurgie, j'ai cru aussi devoir les signaler dans une commission de l'Association générale des médecins de France que présidait le ministre de la justice.

Résections sous-périostées.

M. OLLIER. J'ai eu l'honneur d'exposer devant vous, il y a quelques mois, les principes physiologiques et opératoires qui me guident dans la pratique des résections. J'ai surtout insisté sur l'importance de la conservation de la continuité du canal périostéo-capsulaire pour faire reconstituer, après des résections articulaires des articulations de même type que les articulations enlevées. Je citais à ce propos des cas de résection de l'épaule et du coude chez l'homme, aussi complets au point de vue de la reconstitution de l'articulation que les observations expérimentales dont je mis les pièces sous vos yeux. Je viens aujourd'hui, dans le même ordre d'idées, vous exposer le résultat des résections et ablations sous-périostées que j'ai pratiquées sur les os du pied.

L'ablation du calcanéum est une opération qui a été rarement pratiquée en France, et je ne connais même que les faits de M. Rigaud de Strasbourg, mentionnés par M. Bœkel dans sa traduction du traité des résections de Heifelder. Cette opération a été souvent pratiquée à l'étranger pendant ces dernières années, et, bien que les résultats physiologiques n'aient pas été complétement satisfaisants, ils ont été assez remarquables pour faire accepter cette opération conservatrice. Je vous ai montré dans le temps des exemples de régénération du calcanéum chez les animaux après la résection sous-périostée

d'une grande partie de cet os. Chez l'homme on peut obtenir, dans des conditions d'âge déterminées, un résultat analogue, au point de vue de la régénération de l'os. Le moule en plâtre que je mets sous vos yeux se rapporte à unc jeune fille, qui a dix-sept ans aujourd'hui, à laquelle j'ai enlevé, par la méthode sous-périostée, les cinq sixièmes du calcanéum. J'enlevai d'abord les deux tiers postérieurs en un seul fragment; puis, l'os s'étant brisé au moment où je l'écartais avec un davier, j'enlevai avec la gouge la moitié au moins de la portion restante. A la place des parties enlevées, il s'est reconstitué une tubérosité osseuse sur laquelle porte le poids du corps. Le diamètre antéropostérieur du pied est diminué, parce que le calcanéum nouveau n'est pas aussi saillant en arrière que le calcanéum normal; mais ce qu'il importe de faire remarquer, c'est que le tendon d'Achille s'implante solidement sur lui, soulève le talon par ses contractions et abaisse la pointe du pied.

Pour obtenir ce résultat, je détache le tendon d'Achille au lieu de le couper ; je conserve tous ses rapports avec la gaîne périostique, do manière qu'au cas où la régénération osseuse ne s'effectuerait pas, le tendon d'Achille puisse continuer à agir sur l'avant pied par l'intermédiaire de cette gaîne fibreuse, *qui agira toujours comme un tendon prolongé*. C'est là le point essentiel du procédé opératoire, qui est du reste combiné do manière à ne léser aucun tendon et à limiter le traumatisme dans l'intérieur de la gaîne périostique. Aussi cette opération est-elle celle qui démontre le mieux l'utilité théorique et pratique de la méthode que j'emploie. J'aborde l'os par une incision coudée, suivant le bord externe du tendon d'Achille, allant jusqu'au-dessous de la tubérosité postérieure du calcanéum, et changeant alors de direction pour se porter en avant et se terminer au niveau de la face supérieure de l'apophyse postérieure du cinquième métatarsien. Inutile de dire que dans cette dénudation de l'os je ne me sers pas du bistouri : je dépouille complétement le calcanéum au moyen de la rugine droite dont je me sers habituellement. A mesure que je détache le tendon d'Achille, je rejette en dedans le lambeau cutanéo-périostique, et je dénude successivement toutes les faces en détachant les tendons des péroniers, qui pourraient gêner la manœuvre.

Cc procédé a un grand avantage au point de vue de la conservation de la forme, le talon ne s'affaisse pas, ou du moins ne s'affaisse que d'une manière peu marquée : vous pouvez voir, d'après ces photographies, qui se rapportent à d'autres opérés, combien la saillie du talon est remarquable, malgré l'ablation du calcanéum. Une de ces figures se rapporte à un sujet auquel j'ai enlevé tout le calcanéum il y a quatre mois, et vous pouvez voir que la forme du pied est à peu près

normale, bien qu'il n'y ait peut-être encore que du tissu fibreux ou ostéo-fibreux dans la cavité périostique ; mais le talon est solide, et ne s'affaisse pas, bien qu'on presse très-fortement sur lui avec la paume de la main ; le malade ne marche cependant encore qu'avec des béquilles.

La seconde série de faits que je désire vous exposer se rapporte à l'ablation complète du premier métatarsien. L'ablation de cet os, assez rarement pratiquée jusqu'ici, a donné des résultats très-variables, qu'il est d'ailleurs très-difficile d'apprécier, car les malades n'ont pas été suivis. J'ai fait six fois l'ablation de cet os; j'ai eu des résultats différents selon les cas. Un de mes opérés a eu consécutivement l'orteil relevé en haut par le tendon extenseur, que je n'avais pas coupé préventivement. Depuis lors, j'évite cet accident par l'application d'un traitement préventif, consistant dans l'emploi d'une extension continue, au moyen de doigts de caoutchouc fixés à un appareil plantaire qui empêche l'orteil de se porter en arrière. Après ces opérations, je n'ai pas constaté d'abondante reproduction osseuse, à part un cas dans lequel la gaîne périostique contenait déjà des plaques ostéoïdes au moment de l'opération. Dans les autres cas, le tissu nouveau est resté presque exclusivement fibreux, il y avait pourtant des masses ostéoïdes ou osseuses dans l'intérieur. Mais, malgré l'imperfection de la reproduction, la forme de la région est remarquable ; il y a une saillie qui touche le sol dans la station, et le pied n'est pas déformé. L'orteil peut se relever et se fléchir très-aisément; mais comme cette opération exige un traitement consécutif, long et douloureux à la fois, pour peu que l'extrémité postérieure de la première phalange fût cariée, l'amputation serait préférable. En pareil cas, je fais l'amputation sous-périostée, c'est-à-dire que je conserve le périoste de l'os, afin d'avoir un coussin plus épais.

Afin de compléter les renseignements que je vous ai donnés sur mes opérés de la résection de l'épaule et du coude, je fais passer sous vos yeux les photographies représentant la forme du moignon de l'épaule et la saillie deltoïdienne, ainsi que l'écartement dont est susceptible le bras après la résection scapulo-humérale sous-périostée. Le deltoïde reprend ses fonctions, et, qui plus est, les muscles rotateurs, dont l'attache sur la gaîne périostique a été conservée, continuent à agir sur l'humérus. Que la tête se reproduise ou ne se reproduise pas, la gaîne périostique sert d'intermédiaire entre le tendon et l'os, et permet la transmission de l'action musculaire.

M. TRÉLAT. Je demanderai à M. Ollier de vouloir bien se rappeler que j'ai défendu ici, il y a plusieurs années, dans un rapport sur la résection du coude, la méthode opératoire qu'il préconise. J'y vois

surtout de grands avantages au point de vue de l'opération, et toute question de régénération osseuse à part, je pense que c'est là le procédé normal pour pratiquer les résections.

M. BROCA. M. Ollier a fait en quelque sorte appel à mon témoignage sur la question de la facilité et de la simplicité du manuel opératoire. Dans l'opération que j'ai dernièrement pratiquée, aucune complication n'est résultée de la méthode suivie. — Au contraire, je fus frappé de l'extrême facilité de l'opération ; je n'ai vu aucun de ces nerfs si redoutés au coude, l'opération s'est faite presque à sec, et j'ai pu ainsi enlever huit centimètres de l'humérus et réséquer les extrémités articulaires du cubitus et du radius.

M. TRÉLAT. Les avantages que nous signale M. Broca sont précisément ceux que j'ai cherché à bien mettre en relief. En opérant toujours le long de l'os sans le quitter un instant, on a non-seulement un guide des plus sûrs, mais une opération simple, une plaie nette sans délabrement. Dans deux opérations que j'ai pratiquées, je me suis conformé à ces préceptes ; M. Richet, qui a bien voulu m'appeler pour l'assister dans une résection du coude, peu de temps après la lecture de mon rapport, fut également frappé de la facilité et de la sûreté de cette méthode. Aussi, je le répète, l'ai-je préconisée abstraction faite de toute chance de régénération osseuse, car, même à son défaut, cette manière de faire est évidemment la plus simple et la plus sûre.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Pseudarthrose de l'humérus. — Résection et suture des extrémités osseuses.

M. DEMARQUAY présente à la Société de chirurgie une demoiselle âgée de vingt ans, à laquelle il a pratiqué avec succès la suture des os, pour une pseudarthrose de l'humérus, qui datait de quinze mois.

L'opération a été faite le 13 juin 1866. La fausse articulation siégeait au tiers inférieur de l'humérus. Par une incision longue de 7 à 8 centimètres, faite à la partie postérieure, parallèlement à l'axe du membre et à travers les fibres du triceps, M. Demarquay mit à nu le foyer de la fracture. Faisant saillir successivement les deux fragments, il les dénuda avec soin de leur périoste, dans toute la partie qui devait être retranchée. Puis, à l'aide de la scie à chaînes, il les réséqua dans l'étendue de 1 centimètre pour le fragment inférieur et de 1 centimètre et demi pour le fragment supérieur. Ces fragments, parfaitement libres d'ailleurs de toutes connexions entre eux et avec les parties voisines, étaient simplement recouverts d'une membrane fibreuse.

Avec une sorte de vilebrequin, le chirurgien pratiqua ensuite sur chacun des fragments un trou de 4 à 5 millimètres de diamètre, par lequel il fit passer un fil métallique, qui embrassait ainsi dans son anse les nouvelles extrémités osseuses. Enfin, faisant rapprocher autant que possible les nouvelles surfaces, il tordit plusieurs fois le fil sur lui-même, et en abandonna les chefs dans la plaie.

On n'eut plus qu'à réunir par la suture la plaie extérieure et à placer le membre dans une gouttière.

Le fil métallique ne put être retiré que vers la sixième semaine, à la suite de tractions répétées. Il resta toutefois dans la plaie une petite portion de ce fil, qui s'élimina presque spontanément cinq mois après l'opération.

Du 9 août au 10 octobre, on a remplacé la gouttière par une série de bandages dextrinés. Plus tard le bras a été simplement mis en écharpe.

Le travail de consolidation, qui s'est continué régulièrement depuis l'opération, est à peu près complet aujourd'hui. Le cal est volumineux, le bras a son volume normal, la mobilité a disparu, les mouvements volontaires sont possibles, et la guérison peut être considérée comme parfaite. En comparant le bras avec celui du côté opposé, on constate un raccourcissement de 3 centimètres.

Une particularité de cette observation, c'est que la jeune fille avait eu, en même temps que sa fracture de l'humérus, une fracture de la rotule qui s'était consolidée en quarante jours. C'est un exemple de plus à ajouter à tant d'autres de la prédilection malheureuse des fractures de l'humérus, à se transformer en pseudarthroses.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. Guyon.

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

Le compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat (Allier), pour 1865-66 ;

Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, n° 8,

Une brochure de M. le docteur Bœkel, membre correspondant, à Strasbourg, intitulée : *Résection cunéiforme du genou pour une ankylose angulaire osseuse, suivie de succès.*

MM. Liégeois et de Saint-Germain écrivent pour se porter candidats à la place de membre titulaire.

A propos du procès-verbal :

Suture des os dans les pseudarthroses.

M. MARJOLIN. M. Demarquay nous a communiqué un cas intéressant de pseudarthrose guérie par la résection et la suture des extrémités osseuses. Je crois la suture au moins inutile en semblable circonstance. Je crois que l'on s'expose à faire nécroser la portion de l'os qui avoisine le siége des perforations nécessaires pour passer le fil métallique, et dans l'observation de M. Demarquay, l'on aperçoit mieux les inconvénients de la suture qu'on n'en saisit les avantages. J'ai, pour ma part, obtenu des succès sans la suture, par le seul fait de la résection et du rapprochement des fragments convenablement immobilisés; je craindrais, en faisant plus, de compliquer inutilement ou de compromettre l'opération.

Coagulation du sang dans l'anévrysme artério-veineux.

M. DESPRÉS. Dans la dernière séance, à propos de la communication de M. Tillaux, j'ai cru pouvoir avancer que la coagulation du sang dans l'anévrysme artério-veineux était un fait tellement exceptionnel, que la présence des caillots devenait, pour notre collègue, un nouveau motif pour rejeter l'idée d'une phlébartérie, une présomption puissante d'accepter le diagnostic : anévrysme artériel faux primitif.

M. Tillaux m'a répondu qu'il y avait des exemples de coagulation dans les anévrysmes artério-veineux. Moins affirmatif, M. Broca m'a objecté que, dans le fait de notre collègue, l'inflammation expliquait la possibilité de la coagulation. J'ai voulu, avant de répondre, recourir aux preuves ; la coagulation du sang dans l'anévrysme artério-veineux est si rare, que je serais tenté de dire qu'elle n'est pas possible; telle est l'opinion que je viens encore aujourd'hui défendre.

Les observations contenues dans les thèses de MM. Morvan (1847), et Henry (1855), les faits consignés dans nos *Bulletins* par MM. Broca et Richet, témoignent en faveur de l'opinion que je soutiens.

La coagulation du sang dans cette espèce d'anévrysme est si rare, elle est si difficile à obtenir, que dans le fait montré par M. Broca à la Société de chirurgie en 1863, la dissection faite seize ans après le début de la maladie n'a pas permis de découvrir le moindre caillot.

Dans le livre si complet de M. Broca, un cas d'anévrysme dit de Park, un autre de cette variété, qui porte le nom d'A. Bérard, sont les seuls cas où quelques caillots fibrineux aient été rencontrés. Ici, je pourrais discuter; il me paraît que, dans un cas au moins, les caillots fibrineux étaient situés dans une poche dépendant de l'artère.

Jusqu'ici, on n'a pas vu de coagulation, pas de caillots passifs, oblitérant toutes les cavités d'un anévrysme artério-veineux, et dans ces deux cas le thrill, le bruit du souffle à double courant avaient persisté et pouvaient être constatés. Tous les chirurgiens ne savent-ils pas avec quelle difficulté on obtient la coagulation dans cet espèce d'anévrysme, lorsque, dans un but thérapeutique on a cherché à l'obtenir?

Alors même qu'on réussit à la provoquer, comme dans l'observation de M. Voillemier, rapportée par M. Broca, où la galvano-puncture fut employée, la coagulation n'a été que partielle.

J'ai encore consulté les observations au point de vue des troubles fonctionnels du membre déterminés par l'anévrysme artérioso-veineux. Il en est qui sont spécialement provoqués par lui, l'engourdissement, le refroidissement du membre, les dilatations veineuses; les symptômes que j'avais rappelés comme pouvant servir à préciser le diagnostic sont partout signalés quand on a su les rechercher.

Si j'ai voulu revenir encore aujourd'hui sur la communication de M. Tillaux, c'est qu'il me semblerait fâcheux de laisser s'accréditer cette opinion, que le diagnostic de l'anévrysme artériel et de l'anévrysme artérioso-veineux peut être impossible.

M. TILLAUX. Si je n'avais considéré comme tout à fait exceptionnelle cette impossibilité du diagnostic, je ne serais pas venu donner connaissance à la Société de chirurgie du fait que j'ai observé. Aussi, quand M. Després vient nous montrer, preuves en main, que la coagulation du sang est un fait des plus rares dans l'anévrysme artério-veineux, il ne nous rappelle que ce que nous savons tous. Mais il n'éclaire pas la question diagnostique dans un fait où des modifications toutes particulières, dues à l'inflammation, devaient permettre la formation des caillots. Ce que je tiens à maintenir, c'est que le sang peut se coaguler sous cette influence, même dans l'anévrysme artério-veineux, j'ai pu le constater *de visu* dans un cas d'anévrysme artério-veineux du creux poplité; c'est une observation qui appartient à M. Nélaton.

Je comprends moins encore l'objection relative aux modifications qui auraient pu être imprimées au membre. Il est impossible d'admettre qu'elles se produisent dans un cas aussi récent; et d'ailleurs, lorsque j'ai dû opérer, un œdème étendu provoqué par un phlegmon

diffus commençant aurait empêché toute observation de la nature de celles que réclame M. Després.

M. BROCA. S'il est une chose bien constatée, c'est que les caillots actifs ou fibrineux ne se déposent presque jamais dans les anévrysmes artério-veineux. C'est là une particularité remarquable qui domine toute leur histoire. Ces faits que j'ai eu l'occasion de constater, que j'ai cherché à expliquer, M. Després les développe devant nous. Je ne saurais ne pas accepter une opinion qui est la mienne, et que j'ai rappelée dans la dernière séance. Mais la tendance à la coagulation fibrineuse étant, toutes choses égales d'ailleurs, proportionnelle à la capacité de la poche et du peu de rapidité du courant, la coagulation fibrineuse elle-même peut s'observer dans l'anévrysme artério-veineux. Le fait d'A. Bérard, que j'ai rapporté dans mon livre, en témoigne hautement. Le sac anévrysmal, quoique variqueux-*veineux*, renfermait une grande quantité de caillots fibrineux dont quelques-uns étaient denses et adhérents à sa face interne. A plus forte raison, peut-on comprendre la formation de caillots dans un sac volumineux et enflammé, comme l'était celui que portait le malade de M. Tillaux.

Quant aux modifications imprimées au membre par la phlébartérie, il faut en effet du temps, beaucoup de temps, pour qu'elles se produisent. Il m'est arrivé, après dix années écoulées, de ne pas les rencontrer.

M. DESPRÉS. Nous sommes en effet du même avis, si nous admettons tous l'extrême rareté de la coagulation dans les anévrysmes artério-veineux. De là à penser que dans le fait de M. Tillaux il s'agissait d'un anévrysme artériel, il n'y a qu'un pas; et je rappellerai que le diagnostic que j'ai défendu est aussi celui de MM. Broca et Dolbeau. Je dirai à M. Broca qu'il n'y a pas d'observation où il soit prouvé qu'il y a eu coagulation de la totalité du sang contenu dans l'anévrysme. Dans tous les cas, des signes de l'anévrysme artério-veineux existaient : souffle, thrill ou battements. Je pourrais encore remarquer que M. Tillaux déplace l'une de mes objections, en parlant des modifications dans la texture des vaisseaux et dans la nutrition du membre, là où je ne réclame que des troubles fonctionnels, comme la dilatation des veines, le refroidissement des doigts, qui peuvent hâtivement se produire. Mais j'ai surtout eu pour but de faire voir qu'il fallait se montrer rigoureux avant d'accepter l'impossibilité d'un diagnostic, et je puis, à ce point de vue, me contenter de ce qui est ressorti de cette petite discussion.

COMMUNICATIONS.

Gangrènes diabétiques.

M. VERNEUIL. Les anthrax, les phlegmons diffus, les gangrènes humides se manifestent volontiers chez les diabétiques. C'est depuis la publication du livre remarquable de M. Marchal (de Calvi), que cette coïncidence pathologique a surtout attiré l'attention.

Je viens, pour ma part, d'observer dans les six derniers mois plusieurs cas de gangrènes diabétiques dont je veux vous entretenir, désireux que je suis de provoquer vos avis sur la question de l'opportunité de l'intervention chirurgicale chez les diabétiques.

Je donnerai tout d'abord le résumé de mes observations (1) :

J'ai refusé d'amputer les malades où cette indication semblait cependant posée. Je crois avoir sagement fait, mais je vais plus loin et je pose cette question : doit-on pratiquer des incisions, des débridements ?

J'ai en effet remarqué que les incisions que j'ai pratiquées ont toujours été suivies d'une perte de sang relativement énorme, et que toujours aussi l'état du malade avait été fâcheusement aggravé à la suite de cette spoliation involontaire. Il serait bien à désirer que de semblables questions fussent élucidées, car je crois que ces faits sont bien plus fréquents que nous n'étions tous disposés à le croire jusqu'à présent.

Ainsi, en remontant dans mes souvenirs, suis-je arrivé à penser que trois fois j'ai amputé dans des cas de gangrène diabétique. Je n'avais pas, en aucune façon à cette époque, eu l'idée du diabète, et cependant, chez deux de ces sujets, où je crus avoir affaire à de la pourriture d'hôpital, il me semble aujourd'hui très-probable qu'il s'agissait de cette espèce de phlegmon phagédénique dont la physionomie m'est aujourd'hui connue, qu'on ne peut plus méconnaître après l'avoir observée, et qui coïncide avec le diabète.

Mes amputés sont morts, et maintenant que j'accuse le diabète de leur mort, je ne puis m'empêcher de remarquer que de semblables échecs jetés dans une statistique, sans indication de l'état général, chargent bien mal à propos ses résultats. Je ne connais jusqu'à présent qu'un seul cas d'amputation guérie chez un diabétique, il appartient au docteur Musset.

A tous les points de vue, de semblables faits méritent donc l'attention des chirurgiens ; il est en particulier nécessaire que les opinions,

(1) Voir à l'Appendice.

ayant aujourd'hui cours sur les indications chirurgicales dans les gangrènes spontanées soient de nouveau soumises à la discussion.

M. LEGOUEST. L'intéressante question soulevée par M. Verneuil est de celles qui méritent en effet toutes nos réflexions.

Je ne m'occuperai pas en ce moment de la question de l'amputation; les règles générales, posées à propos des gangrènes spontanées, lui sont applicables et, dans un traumatisme assez grave pour nécessiter l'amputation, le diabète ne saurait être considéré comme une contre-indication. J'aborde la question plus restreinte et moins définie de l'incision appliquée au traitement des anthrax, des phlegmons et des gangrènes chez les diabétiques. M. Verneuil est disposé à regretter les incisions qu'il a pratiquées chez ses malades. Je crois cependant qu'il a bien fait. Il est heureusement prouvé que les accidents dont nous parlons, quoique toujours graves chez des diabétiques, sont susceptibles de guérison. Je crois que l'on ne saurait refuser dans ces cas le bénéfice de l'intervention chirurgicale et qu'il faut, s'il est nécessaire, débrider ou inciser. Je ne conseillerais pas, dans les cas de gangrène, d'inciser à la périphérie, mais bien sur les escharres, ce qui permet le dégorgement. C'est ainsi que j'ai agi en particulier chez l'un de mes amis, qui a guéri en définitive après avoir perdu deux orteils; diabétique depuis vingt-cinq ans déjà, il assignait cependant une cause toute fortuite à ces accidents; la blessure d'un orteil par une chaussure étroite. C'est en effet ce que l'on constate le plus ordinairement dans les narrations des malades, et M. Verneuil vient encore de nous le faire remarquer.

J'ai d'ailleurs pratiqué des incisions dans d'autres circonstances, mais, contrairement à ce qu'avance notre collègue, j'ai trouvé des tissus très-sensibles, si bien que si j'avais à formuler mon opinion à ce sujet, je croirais plutôt à une exagération qu'à une diminution de la sensibilité. Je serais donc disposé à attribuer à la gravité de l'état général le peu de sensibilité rencontré par M. Verneuil chez ses malades.

M. TRÉLAT. L'intervention chirurgicale me paraît aussi légitime et nécessaire dans les cas de phlegmons, d'anthrax, malgré la complication diabétique. On sait en premier lieu qu'elle peut n'être que secondaire; il n'est pas douteux non plus que des diabétiques atteints d'anthrax n'aient parfaitement guéri. M. Denucé m'en a communiqué récemment une observation; je connais une dame, notoirement diabétique, qui a été soignée d'un anthrax volumineux par M. Richet. Elle a guéri et reste guérie. Si l'on n'avait pas incisé dans ces cas, la maladie aurait-elle eu une aussi heureuse issue? Il est permis de se le demander. En négligeant en raison du diabète l'intervention habituelle, on oublie que cette négligence est favorable à la manifestation

d'accidents non moins à craindre, tels que l'infection putride ou purulente. Rien de plus nécessaire que d'examiner les urines chez les sujets atteints de gangrènes, de phlegmons ou d'anthrax, mais, à mon avis, si l'on y découvre du sucre, on a une indication en plus à remplir, celle du traitement général, mais aucune en moins au point de vue chirurgical.

Je fais bien entendu des réserves au point de vue de l'amputation. Chez un diabétique, plus encore que chez tout autre sujet, l'amputation ne saurait être pratiquée si la gangrène est progressive. Il faut, en un mot, ainsi que le disait M. Legouest, s'en référer aux règles déjà établies à cet égard.

M. LARREY. La communication de M. Verneuil est des plus intéressantes, et je crois que l'on rencontrerait dans les belles monographies écrites dans ce siècle sur les gangrènes spontanées, spécialement dans le livre de François, des faits qui mériteraient de reconnaître le diabète comme étiologie principale. Je trouve cependant qu'il y a déjà un entraînement un peu excessif de ce côté, que l'on exagère l'influence de l'état diabétique, et que l'on fait aujourd'hui pour cette affection ce que nous avons déjà vu bien des fois se produire pour d'autres. Je citerai comme exemple la phlébite.

Les excellentes observations de MM. Legouest et Trélat abrégeront ce que j'ai à dire sur les indications chirurgicales. Je crois aussi que la chirurgie ne saurait se désarmer, qu'il faut intervenir, toutes réserves établies, lorsqu'il y a lieu. Je laisserai de côté la question de l'anthrax et du phlegmon.

En fait d'amputation, lorsque la gangrène est spontanée, il faut attendre qu'elle soit délimitée. C'est là la grande règle qui régit cette partie de la chirurgie. Lorsque la gangrène succède à un traumatisme, mon père avait posé en règle de ne pas attendre, l'amputation devenant un moyen de salut.

Si le traumatisme qui produit la gangrène se rencontrait chez un diabétique, je pense qu'il est des cas où l'on devrait temporiser ; ainsi, toutes les fois que les extrémités, les parties inférieures seules des membres sont atteintes. Mais je serais disposé, si la gangrène se rapprochait du tronc, à amputer d'urgence.

J'ai déjà eu l'occasion, autrefois, de proposer cette distinction à faire dans les cas de gangrène traumatique, et de la rappeler devant la Société de chirurgie.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN. Je désire soulever une question incidente étrangère aux faits principaux de la discussion. M. Verneuil nous a dit que l'un de ses malades avait un oignon enflammé, et a paru regretter que l'ouverture n'en ait pas été pratiquée. J'ai eu

l'occasion de donner un coup de bistouri sur l'une de ces tumeurs, et j'ai eu la douleur de voir succomber le malade. La bourse séreuse articulaire est en effet en communication avec la petite tumeur qui surmonte la déviation de l'orteil et que l'on appelle vulgairement oignon. Je m'en suis assuré en pratiquant plusieurs fois des injections par le côté interne de l'articulation. Toujours j'ai vu une communication évidente de la petite tumeur avec l'articulation.

M. VERNEUIL. La séreuse accidentelle qui se forme au sommet de la déviation produite par l'abduction de la phalange du gros orteil communique assez souvent avec l'articulation ; aussi me garderais-je bien de toucher à la tumeur qu'elle détermine, si je ne pouvais y être obligé par un abcès, un trajet fistuleux, etc. Il peut, dans ces cas, être dangereux de ne rien faire, et, que la communication existe ou non, il devient nécessaire d'agir.

La Société de chirurgie paraissant attacher aux questions que je viens de soulever à propos des gangrènes diabétiques l'importance qu'elles méritent, je remettrai ma réponse à la prochaine séance. D'ici là d'ailleurs nous pourrons recevoir, soit de nos collègues, soit du dehors, de nouvelles observations. Je rappellerai que je n'ai pas eu seulement en vue de résoudre ou d'éclairer un problème de pratique chirurgicale, mais de provoquer à nouveau l'étude des causes de la mortalité après les amputations.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine ;

La *Gazette médicale de Strasbourg ;*

Le *Bulletin général de thérapeutique ;*

Les *Archives générales de médecine ;*

L'*Union médicale de la Provence.*

M. le professeur Jarjavay, membre honoraire, fait hommage à la Société de l'*Éloge de Malgaigne,* qu'il a prononcé à la séance de rentrée de la Faculté de médecine, le 3 novembre 1866.

— M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Sistach, une observation d'*Abcès du foie*, opéré et guéri par la ponction suivie d'injections iodées. (Renvoyé à la commission chargée d'examiner les travaux de M. Sistach.)

— M. Dolbeau s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

— M. Le Fort présente, au nom de M. Lejal, candidat au titre de membre correspondant, trois observations et une pièce d'anatomie pathologique. (Renvoyé à M. Le Fort, rapporteur.)

— M. Trélat présente, de la part de M. Delore, candidat au titre de correspondant, une thèse d'un de ses élèves, et trois *Observations relatives à un procédé d'opération de fistule lacrymale ;* une *Observation de ténorrhaphie*. (Renvoyé à la commission chargée de l'examen des travaux de M. Delore.)

A propos du procès-verbal :

Suture des os.

M. DEMARQUAY. Je répondrai aux critiques faites par M. Marjolin, à propos de mon observation, qu'il s'agissait d'une fracture ancienne et que la mobilité et l'écartement des fragments étaient tels, qu'une coaptation complète était impossible à obtenir par la position et les appareils. C'est ce qui me donna l'idée de suturer les os, et je m'y suis décidé après avoir lu plusieurs observations où cette pratique fut suivie sans le moindre inconvénient.

A propos de la correspondance :

Fractures condyliennes du fémur.

M. TRÉLAT. Je désire faire remarquer que la pièce anatomique que nous présente M. Le Fort, au nom de M. Lejal, offre une disposition rarement rencontrée dans les fractures condyliennes du fémur.

Lorsque j'ai étudié ce sujet, j'avais toujours trouvé les condyles séparés par une ligne verticale. Ici, bien que la fracture soit incomplète, la ligne qui les sépare est transversale. C'est le troisième cas observé. M. Houel a recueilli pour le musée Dupuytren une pièce venant du service de M. Jobert (de Lamballe), et M. Fontan vous en a présenté un exemple.

RAPPORTS.

Ablation des dents sans douleur à l'aide de l'électricité.

M. DESPRÉS fait un rapport sur un travail intitulé : *De l'ablation des dents sans douleur par l'électricité*, par M. le docteur Labat, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.

M. Labat, dit le rapporteur, est d'avis que l'anesthésie électrique

ne peut avoir d'effet sérieux que quand le courant électrique passe seulement au moment de la luxation de la dent.

Le chirurgien a fait construire en conséquence des instruments qui permissent de bien saisir la dent, sans que le courant passât en dehors au moment de la luxation de la dent.

Les instruments sont un davier muni d'un bouton à ressort, une clef de Garengeot munie d'une bascule propre à faire serrer le crochet en même temps qu'elle établit le passage du courant électrique. Nous signalons á la Société l'habileté de la conception et de l'exécution de ces instruments.

La théorie de l'Américain Hairis, sur l'anesthésie électrique appliquée à l'avulsion des dents, ne nous paraît pas justifiée ; nous croyons qu'il y a simplement substitution d'une douleur à une autre, un mélange d'impressions pénibles et brusques. M. Labat a ingénieusement modifié un procédé connu déjà à Paris et expérimenté par Robert. Mais nous n'avons pas de preuves concluantes à l'appui de l'efficacité de l'anesthésie électrique.

M. Després propose le dépôt du mémoire aux archives et l'inscription de M. Labat sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. Les conclusions sont adoptées.

Fistule branchiale borgne externe, chez une jeune fille de dix ans. Opération. — Guérison.

M. DESPRÉS fait un rapport sur cette observation, envoyée par M. Sarrazin, agrégé à la Faculté de Strasbourg.

M. Sarrazin a eu recours ici à un procédé radical : l'ablation de la fistule. Il demande à la Société si cette opération est justifiée.

Nous avons peu de documents pour juger la question ; nous avons entendu, l'année dernière, M. Serres (d'Alais), nous parler d'une fistule complète du cou congénitale, traitée et guérie par les injections iodées. Nous savons que des fistules accidentelles ont été traitées par l'ablation.

On peut donc répondre en principe que les injections iodées sont autorisées dans les fistules complètes et dans les fistules borgnes externes ; mais que, si elles ne réussissent pas, l'ablation est une opération acceptable au moins pour les fistules borgnes externes.

M. Després conclut en demandant la publication de l'observation dans le bulletin, des remercîments pour l'auteur, et l'inscription de son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Les conclusions sont adoptées.

Voici cette observation :

L'observation que j'ai l'honneur de vous présenter aura peut-être la

bonne fortune d'éveiller un moment votre attention à cause de l'intérêt qui s'attache à toute malformation remontant au début du développement embryonnaire. Il s'agit d'une fistule branchiale borgne externe, chez une jeune fille de dix ans. Cette enfant, bien développée pour son âge, n'a présenté depuis sa naissance aucune affection digne de remarque, si ce n'est peut-être, en hiver, des rhumes assez fréquents accompagnés de leur cortége habituel. Le sommet de la poitrine me semble un peu plus bombé qu'à l'état normal ; la sonorité est très-marquée sous les clavicules; l'auscultation ne révèle aucun signe important.

La mère de la petite A... est morte en mettant au monde une seconde fille qui n'a pas vécu.

Aú dire de la tante, qui me présente l'enfant, aucun autre exemple de vice de conformation n'a existé dans la famille.

La lésion est congénitale, on a espéré longtemps qu'elle disparaîtrait par les progrès de l'âge; on n'hésite plus aujourd'hui à soumettre l'enfant, s'il y a lieu, à une opération qui doit la débarrasser de cette infirmité fâcheuse, surtout pour une jeune fille.

Je trouve, à droite de la ligne médiane, un orifice fistuleux situé à un travers de doigt au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, au bord interne du sterno-mastoïdien. Il est supporté par un mamelon charnu et admet avec peine une bougie de 3 millimètres de diamètre.

La muqueuse qui double le conduit est rouge et sensible; par le cathétérisme, on provoque une petite toux sèche, très-supportable. Le trajet monte obliquement en suivant la direction du sterno-mastoïdien, et se termine en cul-de-sac, à 2 centimètres 1/2 environ au-dessus de l'orifice cutané; il sécrète assez abondamment un liquide muqueux, transparent, incolore.

Au courant des travaux publiés sur les fistules congénitales du cou, il me fut facile de reconnaître là une fistule branchiale due à l'oblitération incomplète d'une des dernières fentes branchiales. M'étant bien assuré par le cathétérisme et par des injections que la fistule était borgne, je résolus d'en entreprendre l'oblitération.

J'avais le choix des méthodes, car je crois être le premier qui ait sinon entrepris, du moins mené à bonne fin cette opération. L'incision simple ne pouvait être qu'insuffisante, car le trajet fistuleux est doublé d'une muqueuse qui semble parfaitement organisée. La cautérisation destructive promettait plus de succès, mais je courais la chance de ne pas tout détruire ou d'aller trop loin ; la cicatrisation se serait fait attendre et la cicatrice pouvait être rétractile et difforme. Je préférai l'excision ; elle me permettait, du reste, de conserver le cul-de-sac

fistuleux presque dans son intégrité, et je me promettais d'en étudier la muqueuse.

La petite malade étant chloroformée, nous introduisîmes un bout de bougie emplastique, taillé d'avance d'une longueur convenable, jusqu'au fond de la fistule. Circonscrivant alors de très-près le mamelon charnu et prolongeant notre incision en haut d'environ 1 centimètre, il nous fut assez facile d'énucléer en quelque sorte, par la dissection, le trajet fistuleux et le bout de sonde qui le distendait, saisis tous deux par une pince à dents de souris. Des adhérences fibroïdes, assez serrées, fixaient les tissus que j'enlevais aux parties voisines, et j'eus lieu de me féliciter de la précaution que j'avais prise de distendre la fistule au moyen d'un corps résistant qui me servait en quelque sorte de conducteur. Il y eut au début un écoulement de sang assez abondant, eu égard aux dimensions de la plaie; il s'arrêta spontanément au bout de quelques minutes. Les suites de cette opération furent des plus simples : la réunion immédiate fut obtenue par la suture entortillée et l'immobilisation de la tête. Aujourd'hui la cicatrice est linéaire, un peu déprimée il est vrai, et longue d'environ 1 centimètre.

Je désirerais soumettre au jugement de la Société de chirurgie les questions suivantes : Faut-il opérer les fistules branchiales? S'il est permis d'opérer les fistules borgnes, ne faut-il pas s'abstenir, dans le cas où la fistule, étant complète, présente un orifice interne à la partie inférieure de la paroi latérale du pharynx ? N'y aurait-il pas à craindre, dans le cas où on réussirait à fermer l'orifice externe, de transformer la fistule complète en fistule borgne interne que distendraient en cul-de-sac les sécrétions muqueuse et salivaire et peut-être même des substances alimentaires liquéfiées? Dans le cas où on opère une fistule borgne externe, le procédé que j'ai suivi mérite-t-il l'approbation de la Société?

DISCUSSION.

Gangrènes diabétiques.

M. VERNEUIL communique une observation sur ce sujet, adressée par M. Lizé, du Mans, membre correspondant.

M. O..., âgé de quarante-neuf ans, d'une constitution éminemment replète et sanguine, ayant fait de grands excès de boisson, était atteint, en 1862 et 1863, d'ulcérations aux jambes, qui avaient résisté à toutes sortes de moyens externes. Pas de varices pour expliquer ces lésions.

Comme M. O. . buvait huit ou dix litres de liquide par jour, je fis

analyser ses urines qui contenaient environ 32 grammes de sucre par 1,000 grammes.

Un traitement alcalin suffisamment prolongé et un régime approprié purent amener un tel changement chez ce malade, que les ulcérations si rebelles des jambes guérirent d'elles-mêmes.

Le 21 août dernier, M. O... est obligé de s'aliter à cause de douleurs atroces à la plante du pied droit, principalement au niveau du deuxième orteil. A la base de cet orteil, et vers la face palmaire, existe un point noir laissant suinter une sanie roussâtre. La plante du pied et sa face dorsale, le mollet correspondant jusqu'au jarret, ne peuvent supporter la moindre pression sans donner lieu à des douleurs atroces. L'analyse des urines faite par M. Guettier, excellent pharmacien de l'École de Paris, fournit environ 40 grammes de glycose par litre.

Les jours suivants toute la face palmaire de l'orteil se noircit davantage et les parties molles sont tout à fait sphacelées; traitement interne par les alcalins, régime approprié. Poudre de quinquina arrosée d'alcool camphré.

Le 2 septembre, redoublement des douleurs spontanées qui sont atroces; énorme abcès gangréneux à la plante du pied et aspect noirâtre des tissus suivant le trajet du deuxième métatarsien jusqu'au niveau du talon. Gangrène du quatrième orteil. Nouvel abcès au niveau de la malléole interne; incision avec le bistouri. Décollement de la peau dans le voisinage de cette région; hémorrhagies successives réprimées par des applications de perchlorure de fer; continuation du traitement alcalin et des pains de gluten.

Phénomènes de résorption purulente.

Mort le 10 octobre dernier.

Nota. — Il est manifeste ici que les ulcérations des jambes, et plus tard la gangrène du pied droit, étaient une conséquence du diabète. En effet, le traitement alcalin et un régime convenable avaient d'abord suffi pour guérir les ulcères des jambes; malheureusement les mêmes moyens avaient échoué contre la gangrène du pied droit; malgré cet insuccès, je n'ai jamais songé à amputer la jambe, persuadé que ce n'était pas avec un procédé aussi extrême qu'il était possible d'atteindre la racine d'un mal qui tenait précisément à l'affection diabétique.

M. VERNEUIL. Je rappellerai les diverses questions que j'ai soulevées à propos de ma communication. Les grandes opérations sont-elles praticables chez les diabétiques? quels sont leurs résultats? L'intervention chirurgicale plus restreinte, les débridements, les incisions, ont-ils des avantages réels, ne présentent-ils pas des inconvénients?

Enfin, dans le cas de gangrène étendue d'un membre ou d'une partie d'un membre, les règles adoptées en chirurgie pour les gangrènes spontanées sont-elles de tous points applicables dans le cas de gangrène diabétique?

J'ai incliné, il est vrai, vers l'abstention chirurgicale, mais je n'ai pas voulu établir qu'il faille supprimer les opérations chez les diabétiques. Ce dont nous avons besoin, c'est de mieux connaître l'histoire des opérations pratiquées chez les diabétiques et d'une manière générale chez les diathésiques. Ce qu'il faut réclamer ce sont des faits, bien plutôt que des appréciations, quelque autorisées qu'elles puissent être; et malgré les très-précieux renseignements fournis par nos collègues, je crois devoir encore faire appel à l'expérience de chacun.

Pour l'amputation primitive, par exemple, un chirurgien sachant qu'il a affaire à un diabétique s'est-il trouvé en présence d'un accident qui indiquât le sacrifice d'un membre ou d'une portion de membre? Quel a été le résultat d'amputations pratiquées dans de semblables circonstances?

Nos honorables collègues ne nous ont donné de faits qu'à propos des phlegmons et des anthrax. Ils sont partisans des incisions; ils ont incisé. M. Trélat se demande même si les malades n'auraient pas couru de plus grands dangers sans l'incision. Il est difficile d'accepter cet argument. Toujours est-il que l'on m'a concédé qu'il fallait être parcimonieux, et que j'ai montré des inconvénients réels dus aux incisions que j'ai pratiquées. Je ne saurais donc changer d'avis à ce sujet.

M. DEMARQUAY. Lorsque M. Marchal s'est occupé des gangrènes des membres chez les diabétiques, il a, ainsi que M. Musset, beaucoup exagéré en pensant que toute gangrène dite sénile reconnaissait le diabète pour cause. Cependant, le diabète est infiniment plus commun qu'on ne le suppose. Pour peu qu'on le cherche, on est assuré de le rencontrer dans un service de chirurgie.

Pour ma part, je crois que des maladies internes sont aussi gouvernées par l'influence diabétique. Ainsi, j'ai vu souvent des métrites, des cystites chroniques, subitement s'aggraver, puis revenir à un état de demi-guérison supportable où elles demeurent. Il s'agissait de sujets diabétiques, et pendant l'exacerbation, la quantité de sucre était exagérée; diminuait-elle, bientôt les symptômes de l'affection vésicale ou utérine s'amendaient.

Comme tout le monde, j'ai vu les diabétiques sujets aux furoncles, aux anthrax, ou plutôt à des phlegmons profonds qui se terminent par gangrène. Dans tous les cas que j'ai observés, je n'ai, en effet, vu que l'apparence de l'anthrax; c'est, en réalité, un phlegmon à marche

et à physionomie particulières. Il faut néanmoins débrider et largement débrider. Ces anthrax ne surviennent en effet que chez des diabétiques forts, non encore épuisés. Les gangrènes sont toujours secondaires et succèdent à l'inflammation ; elles se montrent d'autant plus facilement que le sujet est épuisé. Mais le rôle primitif de la phlegmasie, dans leur production, est encore pour moi une indication de recourir à l'incision, d'y recourir hâtivement, préventivement.

On peut être sûr qu'il y a diabète lorsque l'on voit une gangrène se montrer à propos d'une inflammation, d'une irritation des tissus. J'étais dernièrement appelé pour enlever un ongle dans un cas d'onyxis. Je fis l'opération et j'employai la glace. Le soir même il y avait un point gangréneux. Je demandai à examiner les urines et je reconnus la présence du sucre. Ce sujet a succombé. Je ne craindrais pas aujourd'hui d'avancer que, dans certaines opérations que j'ai vu autrefois pratiquer par Blandin, il y avait diabète. Ainsi, dans un cas où la jambe fut coupée pour une gangrène molle du dos du pied, et dans lequel les lambeaux ne tardèrent pas à être frappés de gangrène.

M. LARREY. Je crois devoir rappeler que j'ai accepté l'indication des débridements dans les anthrax, mais sans insister sur ce point de la question. Dans les cas de gangrène spontanée, la délimitation de la gangrène domine toute intervention. Dans les gangrènes traumatiques au contraire, s'il est des cas où l'on peut attendre, ainsi que je l'ai spécifié, il faut se hâter d'amputer si la mortification s'étend rapidement vers le tronc.

M. TRÉLAT. Il n'y a pas de contradiction entre ce que j'ai dit et ce que pensent MM. Larrey et Legouest. M. Demarquay vient de nous déclarer qu'il incise largement ce qu'il appelle les phlegmons diabétiques. M. Verneuil penche cependant toujours vers l'abstention ou une parcimonieuse intervention ; je ne saurais jusqu'à présent reconnaître la valeur des raisons qu'il donne à l'appui de sa manière de voir.

Je ne me suis jamais trouvé, pour ma part, dans le cas d'amputer un diabétique. Mais je crois que, même avant que de semblables faits aient fourni une expérience spéciale, il est facile de tracer une ligne de conduite. Il s'agit, en effet, de savoir si la crainte que l'on doit avoir du diabète prime celle que vous inspirent à bon droit les accidents qui posent l'indication urgente de l'amputation.

Dans les cas de gangrènes spontanées, la conduite du chirurgien est plus définie encore. Il faut, ainsi que le rappelait M. Larrey, attendre leur délimitation. J'ai relu plusieurs observations de gangrènes diabétiques terminées par la guérison. Rien de moins régulier, de plus capricieux que la marche de la gangrène qui frappe et détruit une

portion de tissu, une plaque de peau, de muqueuse, un ou plusieurs orteils.

Je dirai à M. Demarquay que, si ses observations démontrent qu'il n'a pas rencontré d'anthrax chez les diabétiques, cette maladie n'existe pas moins chez eux, et qu'il est impossible de récuser les faits signalés par de nombreux et habiles observateurs. D'ailleurs, j'admets, comme lui, qu'il y a de grandes variétés, de grandes différences chez les diabétiques. Avoir du sucre dans les urines, constitue une prédisposition fâcheuse, une possibilité pour certains accidents ; mais un grand nombre d'individus vivent en rendant du sucre et n'offrent pas d'accidents spéciaux. Il faut tenir beaucoup plus de compte de la quantité de sucre que de sa présence. Aussi, au point de vue chirurgical, si j'admets que le diabète, comme toutes les maladies générales, aggrave le pronostic des opérations et doive inspirer de la réserve aux chirurgiens, je n'accepterais de contre-indications que dans des cas déterminés, dans ceux, par exemple, où une grande quantité de sucre serait rendue, ou bien dans ceux où l'état général serait mauvais.

M. DEMARQUAY. J'ajouterai à ce que j'ai dit tout à l'heure qu'en présence d'une gangrène spontanée, quelle qu'en soit la cause, l'expectation est pour moi la règle absolue.

Dans le cas de gangrène traumatique, au contraire, je crois devoir amputer. Que l'individu soit diabétique ou non, c'est à l'opération et non plus à la nature que revient le soin de limiter la gangrène.

M. VERNEUIL. Cette discussion nous aura au moins démontré qu'en présence d'une gangrène spontanée, les chirurgiens devront toujours examiner les urines.

Mais il en ressort d'autres enseignements. Ainsi, M. Demarquay aurait-il opéré l'onyxis dont il nous a parlé, s'il eût appris à l'avance que son malade était diabétique? J'ai rapporté dans la dernière séance un cas d'amputation terminé par la mort ; je ne me doutais pas que le malade fût diabétique. Si je l'avais soupçonné, je n'aurais pas amputé.

On me dit : c'est la seule chance de salut. Mais il y a bien des cas où le chirugien refuse une opération possible, parce qu'il en prévoit les mauvais résultats. En l'absence de faits qui me démontrent l'innocuïté de l'intervention chirurgicale, je me sens disposé, en présence de ce que je sais de la question, à l'abstention.

Mais il faut aller plus loin, dépasser la question d'indication opératoire ; il faut que la chirurgie entre à fond dans l'étude et dans la juste appréciation des états diathésiques ; il faut savoir leur influence sur le résultat de nos opérations. En ne négligeant aucune des données

que nous fournit à ce sujet la science contemporaine, nous arriverons à pénétrer bien des mystères et à savoir enfin comment et pourquoi meurent nos blessés et nos opérés.

M. TRÉLAT. Je suis de l'avis de M. Verneuil, mais il faut apporter une grande réserve dans l'interprétation. De ce qu'un individu est diabétique, il ne s'ensuit pas qu'il soit incapable de subir une opération nécessaire, ou de supporter un traumatisme. Il y a certainement une foule de diabétiques auxquels on a fait des opérations, et il y a beaucoup de diabètes bénins. Je crois donc que les faits actuellement connus ne permettent pas d'établir que la présence du sucre dans les urines soit toujours une contre-indication formelle à une opération nécessaire, et que par cela seul puissent être expliqués les accidents qui surviendraient.

M. DEMARQUAY. Il ne faudrait cependant pas oublier que la quantité de sucre rendue ne constitue pas un renseignement d'une valeur absolue. Il peut y avoir très-peu de sucre dans l'urine, et des accidents très-graves; le contraire peut être observé. Aussi, en présence d'un diabétique, je m'abstiendrai autant que je pourrai. Je viens de refuser de toucher à un ongle incarné, parce que j'ai trouvé du sucre dans l'urine.

M. LEGOUEST. Les avis formulés par nos collègues sont à peu près unanimes. J'ai la satisfaction de constater que je suis avec eux en communauté d'opinions. L'intervention du chirurgien est jugée nécessaire dans les phlegmons, les anthrax, les traumatismes ; elle est au contraire inopportune dans les gangrènes spontanées.

Il n'en résulte pas que la question ait marché ; nous avons raisonné avec nos connaissances générales, il faut des faits. J'espère qu'ils se produiront, et que l'appel de M. Verneuil ne restera pas inutile.

M. VERNEUIL. La question reste en effet tout entière. Les questions que j'ai posées ont à peine provoqué des faits. Il suffira d'être convaincu que l'on trouvera des diabétiques dans tous les services de chirurgie pour que l'on se mettre à l'œuvre. La question que nous examinons n'est évidemment pas faite, et c'est pour cela que je l'ai posée devant la Société de chirurgie, où déjà tant d'autres questions restent depuis longtemps à l'ordre du jour et se complètent par des communications et des discussions successives.

M. LARREY. Il serait à désirer qu'à l'avenir aucune opération ne fût faite sans que les urines du malade aient été préalablement examinées. Je crois cependant que la présence du sucre dans les urines n'entraîne pas toutes les conséquences que l'on suppose, qu'il y a tendance à une exagération évidente. Mais l'exagération tombera d'elle-même le jour où l'on aura scruté avec soin tous les faits.

M. LE PRÉSIDENT prononce la clôture de la discussion, et adresse des remercîments à M. Verneuil.

PRÉSENTATION DE PIÈCE ANATOMIQUE.

Polype fibreux de l'utérus.

M. DESORMEAUX présente un polype de l'utérus qu'il a enlevé sur une malade entrée, le 1er décembre, à l'hôpital Necker.

La malade, âgée de 43 ans, souffrait depuis trois ans de douleurs abdominales, accompagnées parfois de pertes, mais dont elle ne peut préciser le caractère. Il y a deux mois, ces douleurs augmentèrent, et il se présenta à la vulve une tumeur du volume du poing, environ. En examinant la malade on trouvait les grandes lèvres écartées par une tumeur grisâtre, offrant tous les caractères du tissu fibreux gangrené, et qui distendait la vulve, d'où sortait un écoulement ichoreux, horriblement fétide et souvent accompagné de gaz. En introduisant le doigt sur les côtés de la tumeur, on constate qu'elle présente un pédicule gros environ comme l'extrémité des cinq doigts réunis, et entouré de tous côtés par le col utérin. Le pédicule s'insère dans la cavité du col par une base assez large; il présente une consistance plus considérable que la tumeur extérieure.

L'extirpation de la tumeur fut pratiquée le 4 décembre, par M. Desormeaux, au moyen de l'écraseur linéaire dont la chaîne fut portée jusqu'au lieu d'implantation.

Le polype extirpé offre une longueur de 15 centimètres environ. Sa partie inférieure est grisâtre et composée d'un tissu fibreux mortifié et macéré dans le pus sanieux qui le baignait; la partie supérieure est formée de trois ou quatre tumeurs de la grosseur de gros marrons, dans l'intervalle desquelles on en trouve d'autres plus petites, en grand nombre, qui varient du volume d'une noisette à celui d'un noyau de cerise. Toutes ces tumeurs sont plongées dans une masse de tissu utérin.

Cette multitude de corps fibreux dans un seul polype est déjà un fait insolite; mais ce qui rend le cas plus curieux encore, c'est qu'en plusieurs points, dans l'intervalle des tumeurs, on trouve des épanchements sanguins, dont plusieurs, formés de caillots, sont entourés d'une membrane kystique de nouvelle formation, et rappellent l'aspect des foyers apoplectiques enkystés du cerveau, et de ceux qui se forment dans certaines tumeurs encéphaloïdes.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

M. DEMARQUAY présente un *nouveau porte-caustique pour l'urè-*

thre. Le porte-caustique de M. Demarquay a pour but de permettre de reconnaître le point de l'urèthre où l'on opère.

M. DESORMEAUX. Je crois que l'on ne peut avoir de renseignements très-précis sur ce point, qu'avec l'endoscope. C'est du moins la conviction à laquelle je suis arrivé, après avoir plusieurs fois cautérisé l'urèthre.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques ;*

Le *Montpellier médical ;*

— M. Giraldès offre, en hommage à la Société, une note *Sur les tumeurs dermoïdes du crâne*, extraite des comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie.

— M. Marc Sée écrit pour se porter candidat à la place de membre titulaire.

— M. Guérin présente deux exemplaires de la thèse de M. Frarier pour le prix Duval 1867, intitulée : *Étude sur le phlegmon des ligaments larges*.

Résections sous-périostées.

M. E. Bœckel adresse de Strasbourg la lettre suivante :

Dans l'une des dernières séances de la Société de chirurgie, M. Ollier a fait de nouvelles communications sur les opérations sous-périostées, en insistant principalement sur les avantages de cette méthode appliquée aux résections du calcanéum.

Comme nous avons, à Strasbourg, une certaine expérience pratique de cette opération, puisqu'on a fait dans nos cliniques huit extirpa-

tions totales du calcanéum, dont deux ont été exécutées cet été avec plein succès, l'une par M. le professeur Rigaud, l'autre par moi-même, sans compter les évidements et les résections partielles, je me permettrai quelques remarques sur les conclusions de l'honorable chirurgien lyonnais.

Je suis d'accord avec lui sur l'excellence de cette résection, qui est en général pratiquée trop rarement, parce que, d'une part, on en craint les difficultés, et que d'autre part on s'imagine que le pied, même guéri, devra être difforme et impropre à la marche; mais je puis lui affirmer que la conservation du périoste n'est pour rien dans ces bons résultats.

Il est vrai que, par une singulière coïncidence, les faits sur lesquels je m'appuie sont encore peu connus; mais je sais que mon honoré maître, M. Rigaud, est en train de publier ses sept observations, et quant à la huitième, qui m'appartient, j'espère être bientôt à même d'en présenter les pièces à la Société de chirurgie.

D'ailleurs, toutes les opérations pratiquées aux cliniques de Strasbourg ont été contrôlées par de nombreux élèves, et plusieurs des sujets de M. Rigaud ont été présentés à notre Société de médecine. J'ajouterai que mon jeune opéré a été vu par M. le docteur Morpain, de Paris, et M. Liouville, interne distingué des hôpitaux.

Les résultats sont donc parfaitement authentiques.

Or, dans nos huit cas, on n'a jamais conservé que des lambeaux de périoste insignifiants et il n'y a pas eu de reproduction osseuse, mais le rétablissement de la forme et des fonctions du pied a été au moins aussi parfait que dans le cas type cité par M. Ollier. En effet, nos malades marchent sans aucun appareil prothétique, et la plante du pied repose sur le sol dans toute sa longueur. Le dernier opéré de M. Rigaud a même un talon saillant, et à la simple inspection, on ne dirait jamais que le calcanéum a été enlevé. Cet os ne s'est pas cependant reproduit et a été remplacé par une simple production fibro-graisseuse, à en juger par la palpation. Chez mon malade, la saillie du talon a disparu, mais elle était naturellement peu prononcée, et j'ai fait constater aux élèves que, deux mois après l'opération, l'enfant, complétement guéri, marchait sans canne, qu'il pouvait se maintenir sur la pointe des pieds, et qu'on sentait alors parfaitement la saillie du tendon d'Achille. Ce tendon m'a paru fixé, d'une part, à la cicatrice plantaire, mais surtout à la facette postérieure de l'astragale. Le périoste n'est donc pas nécessaire pour assurer la fixation du tendon d'Achille.

Est-il capable de reproduire l'os enlevé? Pas davantage, et sans rapporter ici la série d'arguments et de faits invoqués déjà par M. Sé-

dillot dans ses nombreuses publications, je m'en tiendrai au compte rendu de M. Ollier lui-même. (*Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 555; procès-verbal de la Société de chirurgie.) Voici comment il s'exprime pour le calcanéum : « Une de ces figures se rapporte à un sujet auquel « j'ai enlevé le calcanéum il y a quatre mois; et vous pouvez voir que la « forme du pied est à peu près normale, bien qu'il n'y ait peut-être « encore que du tissu fibreux ou ostéo-fibreux dans la cavité périos- « tique. » C'est absolument ce que nous avons obtenu sans périoste.

Les ablations sous-périostées du premier métatarsien ont-elles fourni des résultats plus probants pour la reproduction osseuse? M. Ollier les juge lui-même sous ce rapport : « Après ces six opérations, je n'ai « pas constaté d'abondante reproduction osseuse, à part un cas dans « lequel la gaîne périostique contenait déjà des plaques ostéoïdes au « moment de l'opération. » (C'est-à-dire qu'il s'agissait d'une nécrose). « Dans les autres cas, le tissu nouveau est resté presque ex- « clusivement fibreux; il y avait pourtant des masses ostéoïdes ou « osseuses dans l'intérieur. Mais, malgré l'imperfection de la repro- « duction, la forme de la région est remarquable. »

Quant à la régénération osseuse des têtes articulaires, M. Ollier ne l'affirme nulle part, il en fait même assez bon marché ; « que la tête « se reproduise ou ne se reproduise pas, la gaîne périostique sert « d'intermédiaire entre le tendon et l'os, et permet la transmission de « l'action musculaire. » (*Loc. cit.*, p. 556.)

Ce n'est donc pas en vue de reproduire des têtes osseuses, mais pour conserver des attaches musculaires, que M. Ollier ménage le périoste dans ces cas.

Il serait du reste assez surprenant que cette membrane pût contribuer à régénérer une tête ou une trochlée humérale, car ces extrémités osseuses sont entourées de cartilage et non de périoste.

Je pourrais montrer un cas de résection de l'épaule (*Thèses de Strasbourg*, 1865, n° 850) et un de la hanche (*Gazette des hôpitaux*, 1866, p. 69) où les mouvements et même la forme des articulations enlevées sont revenus d'une façon très-satisfaisante quoique le périoste n'ait pas été ménagé.

Pour le coude, les observations de ce genre pullulent dans les recueils scientifiques.

Partirons-nous de là pour rejeter les résections sous-périostées? Nullement; nous reconnaissons volontiers qu'elles constituent un progrès. Mais il ne faut leur demander que ce qu'elles peuvent donner. Elles nous permettent de ménager les parties, bien mieux que ne le faisaient les méthodes anciennes, comme M. Trélat l'a relevé avec beaucoup de justesse. C'est là leur véritable, mais aussi leur

seul avantage. Du reste, le principe était établi depuis longtemps pour la résection du coude. Erichsen avait montré qu'en rasant exactement les os, il était inutile d'isoler le nerf cubital pour le ménager, et dès 1861, nous avons appliqué son procédé. (Traduction du *Traité des résections* de O. Heyfelder. J. B. Baillière, 1863, p. 181 et 183.) M. Ollier et Langenbeck ont eu le grand mérite de généraliser ces principes, mais en recherchant surtout un autre but, la régénération osseuse.

Malheureusement la fameuse maxime : « donnez-moi du périoste et je ferai de l'os, » qui a fait le tour de tous les journaux politiques au grand étonnement des gens du monde, n'est vraie qu'en théorie. Mais dans la pratique sur l'homme malade, les manchons de périoste détachés des os sous-jacents ne produisent que des stalactites osseuses tout à fait insuffisantes et souvent fugaces.

M. Sédillot a démontré surabondamment que les observations contraires reposaient sur des erreurs ou avaient trait à des nécroses, et les derniers faits relatés par M. Ollier viennent à l'appui de notre manière de voir.

La régénération osseuse, si désirable du reste, ne peut donc pas être obtenue par la méthode sous-périostée, qui arrache violemment et sans préparation aucune le périoste de l'os sous-jacent en détruisant ses propriétés ostéogéniques. Par contre, dans les cas de nécrose, quand cette membrane est soumise à une irritation lente et continue, elle prolifère, s'épaissit, et les couches nouvelles, déposées au contact de l'os malade, s'ossifient à leur tour. Quand alors au bout de quelques mois on les perce pour retirer le séquestre, la cavité osseuse occupée par ce dernier se comble, et la pièce du squelette se trouve régénérée.

Eh bien, l'art peut imiter ce procédé de la nature ; c'est au moyen de la méthode d'évidement de M. Sédillot. Après ces opérations le périoste reste intact, supporté par une coque osseuse plus ou moins amincie, et le malade se trouve dans les conditions favorables d'une nécrose après l'extraction du séquestre. La régénération de l'os s'obtient alors facilement et pour ainsi dire à tous les âges. J'ai présenté à la Société de médecine de Strasbourg (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1864, p. 191, et *Médecine contemporaine*, 1865, p. 4), un vieillard de soixante-sept ans, auquel j'avais évidé la tête du tibia en y creusant une large cavité de $0^{m},06$ de diamètre. La perte de substance s'est comblée dans l'espace de deux mois, et aujourd'hui encore, on peut voir cet homme scier du bois dans les cours de notre hôpital.

A un pareil âge et dans cette région, la résection sous-périostée

eût été tout à fait impossible. Je n'entends du reste tirer aucun parallèle entre les deux méthodes. Pour le chirurgien qui réfléchit et qui ne s'engoue pas des nouveautés, elles ne sont nullement en opposition, et je dois rendre cette justice à M. Ollier, que tout en défendant, avec une ardeur bien naturelle, quoique un peu exagérée selon nous, les avantages des résections sous-périostées, il ne repousse pas d'une façon systématique l'évidement.

Pour nous, les indications de ces deux méthodes se réduisent à cette proposition fort simple : toutes les fois que la lésion permettra l'évidement, il faudra préférer cette opération comme étant moins grave et promettant d'une façon certaine la régénération osseuse; quand, au contraire, l'état du mal commande de sacrifier un os ou une partie d'os en totalité, on s'adressera à la résection sous-périostée, mais en renonçant d'avance à toute régénération un peu importante, sous peine de mécompte.

A l'appui de cette dernière partie de ma proposition, je devrais encore publier ici une observation de résection sous-périostée du tibia, que j'ai pratiquée sur une jeune fille dans un cas de nécrose. Malgré la réunion de ces circonstances favorables, malgré les soins les plus assidus, l'opération s'est terminée, contre mon attente, par une pseudartbrose incurable. Mais j'ai déjà dépassé les bornes d'une simple communication, et je renvoie cette publication à une prochaine occasion.

M. LE FORT. Les sociétés savantes étrangères ont, à plusieurs reprises, nommé des commissions pour étudier des questions importantes et controversées. Je crois que la Société de chirurgie ferait une chose utile en chargeant quelques-uns de ses membres d'étudier les questions cliniques relatives aux fonctions du périoste.

M. LARREY. Je ne crois pas que la lettre de M. Bœckel doive être insérée au *Bulletin*, sans discussion ; elle me paraît, au contraire, avoir trop d'importance et d'actualité pour ne pas fixer l'attention de la Société de chirurgie. Elle fait d'ailleurs allusion directement aux opinions de M. Sédillot, partagées par MM. Bœckel et Rigaud, sur l'insuffisance du périoste dans bien des cas pour la reproduction osseuse. Cette lettre, en un mot, permet de reconnaître que la méthode de l'évidement est préférable à celle des résections sous-périostées. Les précédentes communications de M. Sédillot tendent à le démontrer, comme l'ont démontré, d'autre part, les expériences de M. Marmy, médecin principal de l'hôpital militaire de Lyon.

Je ne doute pas, ajoute M. Larrey, que M. Sédillot, avec lequel je suis depuis quelque temps en correspondance sur ce sujet, ne fasse part à la Société des nouveaux résultats de ses observations pratiques.

Quant à la proposition de charger une commission de la Société d'examiner et de contrôler les faits, je crois préférable de les admettre et de les discuter, à mesure qu'ils se produiront, comme par le passé. Il suffira de laisser à la haute autorité de l'Académie des sciences le soin de juger les travaux qui lui sont adressés sur le sujet difficile mis par elle au concours.

M. DEMARQUAY. A mon avis, l'on a beaucoup exagéré les services que la chirurgie est en droit d'attendre du périoste. Lorsque l'on détache d'un os sain des lambeaux de périoste, il n'est pas encore prouvé que l'on obtienne de résultat. Lorsque l'os est malade, au contraire, les exemples de régénération ne sont ni rares ni nouveaux. Par le fait de l'état morbide de la diaphyse, un travail particulier s'établit dans sa gaîne fibreuse, ses propriétés physiologiques sont vivement mises en jeu. Dans l'évidement que préconise M. Sédillot, je me suis demandé si les reproductions obtenues n'étaient pas dues au travail suscité dans la portion d'os conservée, sous l'influence du traumatisme ; travail morbide en définitive, mettant en jeu les fonctions régénératrices du périoste et amenant peut-être la nécrose de l'os. Il serait intéressant de savoir ce que devient la lamelle osseuse, conservée dans les belles opérations de M. Sédillot.

J'ai enlevé le tiers d'un fémur malade, un maxillaire inférieur également malade, j'ai obtenu la régénération en conservant le périoste. Mais je n'ai pas vu l'os se reproduire lorsque l'on a compté sur un périoste sain non préparé en quelque sorte. Il y a d'ailleurs nécessité pour la chirurgie d'élucider ces questions, et je verrais avec plaisir nommer une commission.

M. PERRIN. Avant d'appuyer ou de rejeter la proposition qui nous est faite, il faudrait essayer de définir le mandat de la commission du périoste. Que fera-t-elle ? Des expériences? mais elles sont faites. Des observations cliniques? il faut pour cela compter avec les occasions, les malades ne se présentent pas à volonté. Il se pourrait donc que tel membre de cette commission restât longtemps sans pouvoir apporter un contingent à ses travaux. Il me paraît plus simple de mettre la question à l'ordre du jour, chacun de nous, ici comme en province, adressera les résultats de ses observations.

M. LEFORT. On a fait des expériences, cela est vrai, mais les expériences individuelles n'auront jamais la valeur de celles qui seraient entreprises et suivies par une commission. Si nous mettons à l'ordre du jour de nos discussions la question de la régénération des os par le périoste, nous aurons des observations, cela est probable; mais on nous rappellera des faits connus ou on nous donnera des ré-

sultats cliniques avec lesquels nous ne pourrons rien juger. Ainsi, lorsque j'ai étudié les résections en Angleterre, j'ai vu une articulation du coude complétement reproduite après une résection étendue. On n'avait cependant pas songé à conserver le périoste. Aujourd'hui un fait semblable, obtenu à l'aide des procédés sous-périostés, serait considéré comme ayant une très-grande valeur. Ce qui empêche de pouvoir compter sur la valeur des faits cliniques, c'est que nous ne savons jamais dans quel état était le périoste. Toute la question est là.

M. VELPEAU. Je ne crois pas le moment opportun pour saisir une commission d'une semblable étude. Il y a des prix proposés, des travaux déjà faits qui devront être jugés. Vous connaissez tous ce qu'ont entrepris à ce sujet MM. Sédillot, Ollier, Marmy, Langenbeck et quelques autres.

Le périoste reproduit de l'os, cela est expérimentalement prouvé, mais il est aussi démontré que ce n'est que dans le jeune âge qu'il est permis de compter sur cette reproduction. Mais le périoste est il la seule partie de l'os qui soit apte à reproduire la substance osseuse? Et surtout au point de vue de la clinique, quelles sont les conditions qui favorisent ou assurent cette reproduction ? Voilà les questions à l'étude. Sans doute, il ne sera pas sans intérêt de rechercher dans quelle mesure on peut les résoudre, mais je crois qu'il vaut mieux, quant à présent, laisser toute initiative à ceux qui se sont voués à cette étude.

M. PERRIN. Au point de vue physiologique, la question est épuisée. A l'égard de la clinique, il y a une équivoque. Je vois des faits de reproduction osseuse bien connus, sur lesquels on ne discute plus depuis longtemps, j'en vois d'autres essentiellement différents et que l'on voudrait cependant mettre en parallèle avec ceux-là. On a parlé, par exemple, d'ostéoplastie ; il est tout d'abord des cas où, bon gré, mal gré, il faut bien conserver le périoste; ainsi, dans l'ouranoplastie. Il en est d'autres où d'ordinaire on ne met pas l'os à nu, et pour lesquels on conseille aujourd'hui de le décortiquer, au profit du lambeau reproducteur. On ne peut rapprocher ces faits de ceux auxquels je faisais allusion tout à l'heure. Je n'ai pas vu, pour ma part, de démonstration suffisante pour me permettre de croire que l'ostéoplastie et la chirurgie sous-périostée existent autrement encore qu'à l'état de nom.

M. TRÉLAT. En ce qui a trait à la nomination d'une commission, je partage l'opinion de MM. Perrin et Velpeau. Mais je saisis l'occasion de dire que la question posée par l'Institut me paraît de nature à fausser les recherches. Il ne peut, en effet, s'agir de conserver, grâce au périoste, des membres que sans lui l'amputation emporte-

rait. Non, telle n'est pas la question ; il s'agit de savoir ce que des opérations telles que certaines autoplasties, telles que les résections d'une façon générale, gagnent, comme sécurité et comme résultats, quand on les pratique à l'abri du périoste. Je crois l'opinion de la Société de chirurgie déjà faite à çet égard, et je pense qu'en contrôlant des faits ou en en produisant de nouveaux, une commission n'apporterait pas d'éléments plus solides de conviction.

M. VERNEUIL. Je ne pense pas non plus qu'une commission soit nécessaire. Ou nous voulons la vérité sur le périoste, ou nous ne la voulons pas. Si, comme je le pense, chacun est désireux de s'éclairer et d'éclairer les autres, nous trouverons, au jour le jour, dans notre pratique les faits nécessaires pour amener des convictions. L'enquête est en définitive ouverte devant la Société sur ce sujet comme sur plusieurs autres. Quant à des expériences nouvelles, on doit, quand on connaît les travaux si consciencieux de M. Ollier, en sentir l'inutilité.

La question a été, en effet, posée par l'Institut de la façon la moins appropriée, mais elle n'a heureusement pas égaré les véritables chirurgiens.

RAPPORT.

Fracture de cuisse. — Emphysème traumatique.

M. L. LABBÉ fait un rapport verbal sur une observation de fracture de cuisse compliquée d'emphysème traumatique, envoyée par M. le docteur Ladureau.

M. le rapporteur propose d'adresser des remercîments à l'auteur, et de déposer son travail aux archives. Ces conclusions sont adoptées après la discussion suivante.

M. VELPEAU. L'absence de gangrène me porterait à attribuer aux mouvements l'introduction de l'air qui aurait été toute mécanique. J'ai observé ce fait un bien grand nombre de fois, et je suis disposé à croire que si l'on avait mieux cherché, on aurait dès le début constaté l'emphysème.

M. L. LABBÉ. L'observation a été dès le début prise avec le plus grand soin ; ce n'est que le quatrième jour que l'emphysème a été découvert. L'auteur discute et rejette l'hypothèse d'une introduction mécanique de l'air. Il croit à une production spontanée de l'emphysème.

M. DEMARQUAY. L'analyse chimique des gaz peut apprendre si l'on a affaire à de l'air atmosphérique ou à un emphysème spontané. J'admets l'introduction mécanique de l'air et la production spontanée de gaz à la suite de gangrène, mais j'ai aussi observé des emphysèmes

en dehors de ces conditions par le seul fait de l'ébranlement profond du système nerveux. Dans ces conditions ce sont les gaz du sang qui s'exhalent et pénètrent dans le tissu cellulaire.

M. PERRIN. Je suis peu disposé à admettre la pénétration mécanique de l'air dans les fractures compliquées. Physiquement on l'explique mal, cliniquement, la gravité de cette complication cadre peu [illegible] l'innocuïté reconnue des injections d'air atmosphérique dans [illegible]su cellulaire.

Quant à l'exhalation des gaz du sang, je ne l'admets pas davantage. Les gaz sont dans le liquide sanguin à l'état de combinaisons ou de fixité tel, que l'on est encore à la recherche d'un procédé qui permette de les séparer pour l'analyse. Les gaz qui se produisent en aussi grande abondance sont les produits de la décomposition des tissus.

COMMUNICATION.

M. L. LABBÉ lit, au nom de M. le docteur Marc Sée, candidat au titre de membre titulaire, un travail intitulé : *De l'imbibition et de son rôle en pathologie.*

Commissaires : MM. L. Labbé, Lefort et Tarnier.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

Appareil pour la crampe des écrivains.

M. DESORMEAUX présente un instrument destiné à combattre la *crampe des écrivains.*

L'inventeur de cet instrument est M. Année, employé dans une administration, qui a éprouvé quelques atteintes de la *crampe* et l'a souvent observée sur ses collègues. Il a observé que la maladie a son siége principal dans le pouce, et que, dans les cas même où les autres doigts ou la main entière sont pris par la convulsion, l'attaque commence encore par un spasme souvent douloureux du pouce. Il attribue ce spasme à ce que dans l'action d'écrire, le pouce chargé de maintenir la plume contre les autres doigts, et forcé de la presser tout en cédant, agit dans des conditions défavorables et contraires à son mode d'action naturelle. Cette théorie de la *crampe des écrivains* a conduit M. Année à construire un instrument d'après des principes différents de ceux qu'on a suivis en général. Les moyens ordinairement conseillés en pareil cas sont : 1° l'emploi d'un gros porte-plume ou d'un instrument qui éloigne le pouce des doigts, et quelquefois le

fixe en même temps pour l'empêcher de fléchir; 2° l'usage de porte-plume fixé à un manche volumineux qu'on saisit à pleine main, de sorte que le rôle habituel des doigts dans l'écriture est complétement supprimé. Le gros porte-plume n'est efficace qu'au début du mal. Les instruments qui fixent le pouce et les doigts n'empêchent pas la crampe de se produire, tout au plus s'opposent-ils à ce que la plume soit lâchée, mais le plus souvent le spasme se porte alors sur le poignet ou l'avant-bras. Quant aux manches volumineux, ils peuvent servir quand on écrit peu, mais ils ne pourraient convenir à des employés qui écrivent la plus grande partie de la journée ; il en est de même des différents chariots et des poids attachés au poignet pour le fixer. M. Année a pensé qu'on éviterait la *crampe* en supprimant l'action du pouce, dont le seul usage est de maintenir la plume contre les autres doigts. Pour cela il adapte la plume dans une position convenable sur une plaque métallique qui se fixe au moyen de quatre bagues à l'index et au médius. De la sorte, le pouce reste inactif et se pose sur le papier ou sur les derniers doigts pendant que les deux premiers exécutent seuls les mouvements nécessaires pour écrire. L'appareil de M. Année a l'avantage d'être très-léger et fort peu coûteux. M. Desormaux s'est assuré que des employés, qui avaient renoncé aux autres appareils, pouvaient écrire avec celui-là pendant plusieurs heures de suite et aussi vite qu'ils voulaient sans éprouver le moindre spasme.

M. LARREY. L'appareil que vient de nous présenter M. Desormeaux pour la crampe des écrivains m'en rappelle un du même genre imaginé il y a une vingtaine d'années par M. Cazenave (de Bordeaux), qui avait cherché vainement jusqu'alors des moyens applicables à la guérison de cette infirmité.

Les exemples cependant ne manquent pas à l'observation. et les causes assez difficiles à reconnaître produisent des effets variables, selon les muscles de la main affectés de contraction spasmodique. Il suffit quelquefois d'une émotion morale, le trouble, l'inquiétude, ou d'une excitation quelconque, celle du café ou d'une liqueur alcoolique, par exemple, pour provoquer un tremblement convulsif des doigts et la crampe des écrivains.

Nous connaissons tous un habile et infortuné chirurgien, qui dans les derniers temps de sa pratique tenait encore le bistouri d'une main ferme et adroite, tandis qu'il ne pouvait tenir une plume sans trembler sensiblement.

J'ai vu un peintre de talent manier la brosse ou le pinceau avec finesse et légèreté, ne pouvoir écrire qu'avec une grande pesanteur de la main, et en éprouvant une crampe insupportable dans les doigts.

Je sais même un savant qui écrit tous les jours beaucoup et assez rapidement lorsqu'il se trouve seul, et dont la main tremble dès qu'il se sert d'une plume sous les yeux de quelqu'un.

On pourrait citer sans doute bien des faits du même genre, et il serait intéressant de les étudier en recherchant les moyens de prévenir une telle infirmité, ou de la guérir radicalement, plutôt que de lui appliquer seulement l'action palliative des appareils mécaniques.

M. DEMARQUAY. La crampe des écrivains est très-commune. J'ai figuré dans l'article Avant-bras du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, les appareils imaginés pour remédier à cette infirmité. J'ai soigné plusieurs malades et j'ai vu les contractions se reproduire dans tous les cas. Le seul moyen efficace, c'est le repos absolu. Un de mes malades a pu recommencer à écrire après deux années de repos, mais encore ne peut-il longuement écrire. Il y a d'ailleurs une grande variété de formes : tantôt ce sont les extenseurs, tantôt les fléchissures qui sont malades. Il y a aussi diverses espèces de crampes, la plus grave est celle des pianistes.

M. TRÉLAT. L'appareil présenté par M. Desormeaux pourra rendre des services à quelques malades. Rien de plus variable dans ses manifestations que la crampe dite des écrivains. Si le malade de M. Desormeaux se trouve bien de sa suppression du pouce, d'autres ont besoin d'artifices différents. J'ai réussi une fois en faisant construire un support pour caler le pouce. En un mot, je crois que le siége étant variable les appareils doivent être appropriés à chaque espèce.

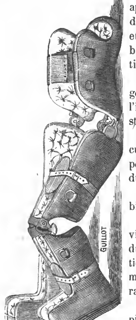
M. DESPRÉS. L'instrument de M. Desormeaux ne réalise ni perfectionnement ni progrès réel. L'appareil de M. Cazenave, celui de M. Velpeau suppriment aussi le pouce. Cette question a d'ailleurs été fort bien étudiée par M. Duchenne (de Boulogne).

Dans l'appareil de M. Velpeau il y a une poire qui supporte une tige à laquelle sont joints deux anneaux qui ont le même effet que les quatre anneaux de l'appareil qui nous est présenté, et le pouce n'est pas actif quand les malades se servent de l'un ou l'autre appareil.

Un des appareils de M. Cazenave (de Bordeaux) supprime aussi l'action du pouce. Il est mû par un mouvement de totalité de la main, et l'écriture est obtenue au moyen d'une plume qui est attachée à l'appareil.

Appareil pour la coxalgie.

M. VERNEUIL présente au nom de M. Guillot, fabricant d'instruments de chirurgie, une gouttière à coxalgie applicable aux cas où l'on veut obtenir graduellement le redressement du membre dévié, et à ceux dans lesquels le redressement brusque n'a pu rectifier du premier coup l'attitude vicieuse.



Cette gouttière dont la forme est celle de la gouttière de Bonnet en diffère cependant par l'indépendance et la mobilité des pièces constituantes.

Sur la pièce pelvienne vient s'ajuster chacune des pièces crurales, qui peuvent être portées dans une position très-variée : adduction, abduction, flexions.

Chaque pièce crurale est également mobile au niveau de l'articulation du genou.

Il en résulte que, quelle que soit la déviation du membre au niveau de la hanche et du genou, on peut toujours y adapter la gouttière, grâce aux brisures dont celle-ci est munie. Une fois placé le membre peut être ramené progressivement à la rectitude.

L'articulation des pièces crurales avec la pièce pelvienne se fait par un mécanisme qui rappelle celui de la jointure coxo-fémorale; l'immobilisation de ces pièces est assurée par une vis à collier qu'on trouve déjà dans un appareil présenté autrefois à la Société par notre collègue, M. Lefort.

Cet appareil est appelé à rendre des services dans des cas particuliers, où ni la gouttière fixe de Bonnet, ni les appareils inamovibles ordinaires ne sont facilement applicables.

La séance est levée à 5 heures trois quarts.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

— MM. Broca et Blot, sur l'invitation de M. le président, donnent à la Société des nouvelles de M. Follin.

La santé de notre collègue a donné de vives inquiétudes pendant quelques jours, mais il est actuellement hors de tout danger, et son rétablissement est rapide.

— M. le président prie MM. Broca et Blot d'être, auprès de M. Follin, les interprètes de la Société.

CORRESPONDANCE.

— M. le docteur Kops (de Bruxelles) adresse à la Société un mémoire imprimé, *sur la régénération osseuse*.

— M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, présente une modification qu'il a fait subir à la curette articulée pour l'extraction du cristallin, présentée à la séance de l'Académie du 27 novembre dernier.

A A A C B MATHIEU.

Cette modification consiste à rendre mobile l'extrémité de l'instrument et à agir à l'instar de la curette articulée : une fois le cristallin franchi en arrière, l'extrémité mobile de l'anneau se replie sur lui-même et vient s'appuyer contre le cristallin de façon à l'entraîner au-dehors alors que l'opérateur retire l'instrument.

— M. Verneuil présente les deux premiers volumes des *Relevés de l'hôpital Saint-Barthélemy*, de Londres.

— M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Didiot, une brochure intitulée : *La guerre contemporaine et le service de santé des armées.*

— M. le docteur Leroy d'Étiolles fait hommage à la Société, de la troisième et dernière partie de son *Traité pratique de la gravelle et des calculs urinaires.*

— M. Leroy d'Étiolles écrit pour se porter candidat à la place de membre titulaire.

— M. le docteur Cazenave (de Bordeaux) adresse une observation de taille suivie de succès. (Renvoyée à la commission chargée d'examiner les travaux de M. Cazenave.)

Évidement des os.

M. SÉDILLOT, membre correspondant, adresse à M. le président la lettre suivante :

Monsieur le président,

J'ai l'honneur de vous adresser quelques dessins polychromiques lithographiés, représentant diverses modifications des os évidés, perforés, dénudés ou réséqués.

Notre savant collègue, M. Demarquay, a demandé dans la discussion soulevée par l'importante communication de M. le professeur Bœckel (séance du 5 décembre 1866) ce que devenait la lamelle ou coque osseuse sous-périostée, conservée dans l'évidement?

La clinique et les expériences sur les animaux me paraissent répondre très-clairement à cette question.

Dans les nombreuses observations d'évidements suivis de succès, qui ont été publiées, les lamelles osseuses ne se sont pas nécrosées, et leurs deux surfaces, l'une extérieure sous-périostée, l'autre intérieure et traumatique (surface d'évidement), se sont couvertes de dépôts osseux nouveaux avec lesquels elles se sont promptement confondues.

La tendance générale de la chirurgie doit être de ramener tous les phénomènes pathologiques aux mêmes lois, et l'intérêt du problème signalé par M. Demarquay ne m'avait pas échappé.

Dans la première édition de mon traité de l'évidement j'avais représenté un fémur dont la lame sous-périostée conservée (7, fig. 1[re]) se trouvait comprise entre deux couches osseuses de nouvelle formation destinées à s'y réunir et à s'y confondre.

Dans la deuxième édition du même ouvrage, qui paraîtra le mois prochain, j'ai consacré deux figures polychromiques aux détails de ce travail de réorganisation osseuse très-facile à suivre et à comprendre, grâce aux belles préparations au carmin de M. le professeur Morel et aux dessins microscopiques convenablement grossis de M. le professeur Villemin.

On voit une lamelle osseuse *c*, *c* (fig.3), couverte de deux nouvelles couches osseuses, l'une sous-périostée *a*, *a*, l'autre intérieure *b*, *b*.

L'ancien os *c*, *c*, en voie de nécrobiose graisseuse, est largement envahi par les ramifications des canaux vasculaires qui tendent à réunir et à confondre les trois lames osseuses.

La proligération osseuse sous-périostée très-active et très-abondante montre les heureux résultats de la conservation des adhérences normales du périoste à l'os subjacent et le nouvel os *b*, *b*, formé dans le canal médullaire, ne laisse aucun doute sur la coopération de la lame osseuse évidée à la régénération ultérieure de l'os. (Ce travail de régénération osseuse datait de trente jours.)

Troja avait déjà observé, comme je l'ai rappelé à plusieurs reprises, que toute irritation produite à l'intérieur d'un os déterminait, sans qu'il y eût nécessairement nécrose, une hyperplasie corrélative du périoste, avec formation d'une nouvelle couche osseuse périphérique ou sous-périostée, dans un temps très-court (sept jours).

Tel est le fait général; et il explique très-clairement le mécanisme de la régénération des os à la suite de l'évidement.

Si l'une des parties de la coque osseuse évidée était frappée de nécrose, supposition très-admissible de M. Demarquay, quoique nous ne l'ayons pas encore vérifiée, le nouvel os sera produit par le périoste comme dans tous les cas de ce genre qui sont reconnus depuis longtemps les plus favorables de la reproduction des os.

Le séquestre devenu mobile est alors enlevé, et le nouvel os solidifié assure la guérison, comme les exemples s'en rencontrent chaque jour.

Resterait enfin la possibilité de voir l'os évidé s'enflammer, se ramollir et suppurer. Ce danger est peu probable. L'os conservé est sain; la plaie simple; l'écoulement du pus facile. Rien n'empêche le chirurgien de porter sur les surfaces traumatiques des substances modificatrices variées, ou de recourir au drainage et aux injections. Comment l'os serait-il atteint de carie dans de pareilles conditions? Nous croyons cette complication peu à craindre à moins de diathèses syphilitique ou scrofuleuse qui contre-indiqueraient l'opération, ou de fautes dans le pansement faciles à éviter.

Plusieurs de nos distingués et savants collègues de la Société de chirurgie ont proposé de charger une commission de répéter les expériences relatives à la régénération des os. Mais ces expériences sont innombrables, et il suffit de les étudier. M. Broca a déclaré (séance du 8 avril 1863), que depuis Duhamel et Troja, les expériences n'avaient rien produit de nouveau, à l'exception de l'ossification reconnue par M. Ollier des lambeaux de périoste complétement détachés et transportés sous les téguments d'une autre région. L'opinion de M. Broca nous semble trop absolue. Les expériences de Heine, de MM. Flourens, Ollier, Marmy, les miennes et celles de tant d'autres confrères, que nous pourrions citer, n'ont pas été sans avantage pour l'élucidation de cette importante question, aujourd'hui, croyons-nous, bien étudiée et résolue.

Dire que les faits cliniques ne conduiront à aucun enseignement nous semble une assertion peu soutenable, que nous nous expliquons seulement par l'entraînement d'une rapide improvisation. La clinique est le seul et dernier juge de la valeur pratique des méthodes et des procédés de notre art.

Sans doute on affirme chaque jour des résultats faux, incomplets, mal vus, mal interprétés et mal compris; mais peu à peu la vérité se dégage de l'erreur et finit par triompher.

L'étude des régénérations osseuses en fournit la preuve. L'ostéoplastie périostique par déplacement des lambeaux, si prônée un moment par les grands journaux, qui en imposaient les merveilles à

l'ignorance de leurs lecteurs est tombée dans le discrédit le plus profond et ne rencontre plus que des incrédules.

Les résections sous-périostées, ressuscitées par Heine, après les courtes espérances inspirées par les travaux de Duhamel conservent à peine quelques rares partisans et à l'exception des cas de nécrose où elles rentrent dans l'extraction prématurée des séquestres, habituellement contre-indiquée, on peut les déclarer illogiques, inefficaces et dangereuses. Illogiques, en ce qu'elles enlèvent des os sains ou déjà régénérés, dans le vain espoir de les reproduire de nouveau. Inefficaces, parce que les os reproduits, quand ils le sont exceptionnellement, ne sont pas créés par le périoste conservé. Dangereuses en raison des accidents qu'elles provoquent et de la perte des membres ou de leurs usages qui en est la conséquence quand les malades ne succombent pas.

M. le docteur Marmy, de Lyon, dans son beau travail sur le rôle du périoste dans la régénération des os (tome XXVII des *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, Paris, 1866), a prouvé que les reproductions osseuses se faisaient presque aussi bien dans les cas où le périoste avait été enlevé que dans ceux où il avait été conservé, et que le seul mérite des résections sous-périostées de Heine et de M. le professeur Larghi de Verceil consistait à ramener les chirurgiens au précepte déjà ancien rappelé par Malgaigne et par moi-même (*Médecine opératoire*, 1re édition, Paris 1831) de ménager autant que possible le périoste, pour obtenir des plaies plus régulières, des traumatismes moins graves et des cicatrices plus solides et plus fibreuses, ou même parfois parsemées d'ostéophytes.

Cette indication fondamentale a été justement revendiquée par M. Trélat, pour les résections du coude, où l'on n'a plus à se préoccuper d'éviter le nerf cubital, par J. E. Erichsen (*The science and art of Surgery*. London, 1861), par Langenbeck, et admirablement appliquée par MM. Rigaud et Bœckel à l'ablation du calcanéum. Nous avons vu ce dernier chirurgien pratiquer cette opération sans répandre, pour ainsi dire, une goutte de sang.

Les nerfs, les vaisseaux, les tendons restaient presque partout invisibles, et la plaie était réduite à des surfaces unies, continues, fibreuses, sans traces de ces nombreuses anfractuosités dans lesquelles la rétention des liquides provoque des inflammations toxiques diffuses, toujours si redoutables et si graves.

Tel sera l'utile résultat des résections dites sous-périostées. Elles auront généralisé une méthode de résection excellente, où la régénération des os ne jouera qu'un rôle très-secondaire, et ne sera ni attendue ni espérée.

C'est ce que M. le professeur Desgranges, de Lyon, a si nettement exprimé en disant des résections sous-périostées : *beaucoup de bruit pour rien.*

Quant aux reproductions osseuses observées de tout temps, on devra les expliquer comme le cal, comme la consolidation des pseudarthroses, d'une tout autre manière que par les lambeaux détachés du périoste.

Dans les fractures comminutives avec esquilles et perte de subtances; dans le procédé de Bruninghausen de conservation d'une gaîne périostée au delà de l'extrémité de l'os amputé; dans la dissection des gaînes périostées autour des os que l'on résèque, soit dans les pseudarthroses, soit dans les ostéites et les caries, tous ces lambeaux de périoste suppurent et ne produisent pas de tissu osseux. Le nouvel os, quand il s'en forme, prend ailleurs son origine et naît du périoste resté intact et adhérent, tel que nous le conservons dans l'évidement.

Nous avons représenté ce mode de régénération osseuse dans une de nos figures polychromiques lithographiées. (Voy. fig. 2.) Nous avions perforé la paroi tibiale d'un chien après avoir eu le soin de détruire le périoste au pourtour de la plaie, dans une étendue de trois centimètres. Un mois plus tard, une lamelle de cet os trempée dans le carmin nous permettait de voir la perforation en partie comblée par une ossification nouvelle, née 1° des surfaces médullaires *h*, *h*, *h*, 2° des parois traumatiques de l'ancien os, *a*, *a*, et 3° du périoste conservé sain et adhérent, d'où partait une couche osseuse superficielle *g*, *g*, *g*, recouvrant l'os dénudé, et se continuant dans la cavité perforee sans interruption.

C'était évidemment une proligération osseuse par continuité. Supposez qu'on eût détaché et laissé en place un lambeau périosté, et on n'eût pas hésité à y rapporter la régénération du nouvel os, quoiqu'il y fût resté complétement étranger.

Sur cette figure, n° 2, on voit quelques espaces non encore ossifiés et remplis de graisse, *ff*; l'os de nouvelle formation, *g*, *h*, *c*, *d*; et des canaux de Havers *b*, *b*, *c*, *c*, très-apparents dans l'ancien et dans le nouvel os, et tendant à les réunir en une masse unique.

Les figures 4, 5, 6, laissent encore moins de doute à ce sujet. Nous avions pratiqué une résection longitudinale de la tête et de la moitié supérieure de la diaphyse humérale, enlevant le périoste avec l'os réséqué et ne gardant que la languette de cette membrane restée adhérente à la lamelle conservée de l'humérus. Par suite de l'obliquité du trait de scie et d'un état typhique du chien opéré, le segment de l'humérus laissé dans la plaie se nécrosa. Cependant à la mort de

l'animal, nous trouvâmes tout l'humérus en voie de régénération.

La tête humérale *a*, *a*, *a*, fig. 4, 5, 6, s'était reformée par moulage de la matière osseuse contre l'excavation de la cavité glénoïde. Le col et la grosse tubérosité *g*, fig. 6, offraient des rudiments fort distincts. (Voy. ma communication à l'Académie des sciences sur l'*influence des causes mécaniques sur la forme et le développement des os*. 16 janvier 1865.)

Toute la paroi postérieure de l'humérus, *c*, *d*, fig. 4, 5, 6, était régénérée par le périoste laissé adhérent à la lamelle osseuse ultérieurement nécrosée, ce qui confirme les enseignements si connus de la nécrose; mais ce qui est expérimentalement nouveau et curieux, c'est que la paroi antérieure de l'os qui avait été sacrifiée, sans conservation du périoste, était également en voie de reproduction. Après une suppuration prolongée autour du séquestre *b*, *b*, fig. 4 et 6, le tissu fibreux reformé avait été envahi par la proligération osseuse partie du périoste sain, et on en pouvait suivre les progrès autour du séquestre, qu'un anneau complet de matière osseuse commençait à envelopper *H*, *H*, fig. 4 et 6. Avec le temps et après l'extraction du séquestre, l'humérus se serait complétement reconstitué; et c'est ainsi que s'expliquent les belles expériences de M. Marmy, de Lyon, dans lesquelles les résections, sans conservation du périoste, ont donné des os tout aussi parfaits que celles où cette membrane, avait été très-soigneusement conservée.

Aucun doute n'est donc possible. Les résultats si merveilleux des résections sous-périostées, tels qu'ils ont été annoncés et admirés, sont une pure illusion, et il est profondément regrettable qu'il ait fallu tant de temps, tant d'épreuves, tant de malades compromis dans leurs membres et dans leur vie, pour ouvrir les yeux à la lumière, faire cesser des erreurs et des déceptions inimaginables et revenir aux grands enseignements de la pathologie, étudiée depuis des siècles par les génies les plus sagaces, et dont la marche lente et progressive repousse et condamne les découvertes sans antécédents et sans tradition, dont les succès sont d'autant plus prodigieux qu'ils sont moins vrais.

Veuillez agréer, monsieur le président, l'assurance de la haute considération de votre très-dévoué collègue,

Sédillot.

Strasbourg, 17 décembre 1866.

De la résorption purulente et des moyens de l'éviter spécialement dans les amputations.

M. L. LABBÉ. Messieurs, dans la précédente séance vous entendiez ici la lecture d'un mémoire composé par M. le docteur Marc Sée, tendant à prouver, une fois de plus, les bons résultats obtenus dans le pansement des plaies, par l'emploi de l'alcool. S'opposer par tous les moyens possibles aux funestes conséquences que peuvent entraîner à leur suite les suppurations plus ou moins étendues, tel est en effet, aujourd'hui, l'un des problèmes vers la solution desquels se tournent, de tous côtés, les efforts des chirurgiens.

M. Labat, chirurgien adjoint des hôpitaux de Bordeaux, frappé, comme nous tous, de la mortalité effrayante qui, dans les hôpitaux surtout, succède aux amputations, a voulu, lui aussi, apporter sa pierre à l'édifice. Dans un mémoire fort intéressant, où l'on trouve à chaque instant la preuve de la plus profonde conviction, notre confrère préconise une nouvelle médication, selon lui héroïque, contre la résorption purulente.

Deux parties composent ce mémoire. Dans la première partie, M. Labat expose les idées théoriques qui l'ont conduit à mettre en usage la nouvelle médication qu'il recommande. Dans la seconde, il relate en détail 12 amputations, dont 10 pratiquées par lui et 2 par M. le docteur Sentex, chef interne de l'hôpital Saint-André. En outre, depuis l'envoi de son mémoire à la Société, M. Labat m'a fait parvenir de nouvelles observations.

Ce n'est sans doute pas sans intention, messieurs, qu'en tête de son mémoire, M. Labat a placé le mot de résorption purulente, car notre confrère adopte sans hésiter la résorption du pus en nature, le mélange direct du pus avec le sang, l'entrée directe du pus dans les veines qui sont sectionnées. Je ne puis ici, messieurs, m'attacher en ce moment à cette partie du travail de M. Labat, et tout en faisant certaines réserves sur la théorie exclusive adoptée par notre confrère, je poursuis l'exposé de ses idées. Il remarque, avec tous les chirurgiens, que la résorption purulente ne se montre pas habituellement dans les premiers jours qui ont suivi une amputation, mais le plus souvent vers le huitième ou dixième jour, c'est-à-dire après la période de gonflement inflammatoire, pendant laquelle les sécrétions plastiques qui ont eu lieu autour des orifices veineux ont pu amener leur oblitération. A cette période de dégorgement, de fonte des produits plastiques, de production du pus, jusque dans les points les plus profonds de la plaie, les orifices veineux se trouveraient de nouveau placés

dans les conditions les plus capables de favoriser la résorption. Trouver un moyen capable de s'opposer à cette rétrocession de l'organisation des produits plastiques sécrétés pendant les premiers jours, voilà vers quel but tendaient les efforts de notre confrère. Réfléchissant à cette singulière maladie qui résulte de l'usage immodéré du seigle ergoté comme aliment, M. Labat pensa que si cette gangrène était si sèche, cela ne tenait pas seulement à ce que les artères seules sont malades, car la gangrène, à la suite de la ligature du tronc principal d'un membre, est loin de ressembler à celle qui succède à l'usage du seigle ergoté. Il en inféra que l'ergot devait contenir quelque principe capable d'augmenter la plasticité. L'ergotine, contenant à peu près tous les éléments de l'ergot, fut mise en expérimentation d'abord à des doses considérables, mais bientôt notre confrère s'aperçut que l'estomac ne tolérait pas plus de 5 à 6 grammes. Par l'emploi de ce moyen, il enraya certains accidents qui paraissaient tenir à un commencement de résorption purulente.

Un peu plus tard, ayant pratiqué deux amputations qu'il ne put suivre dans les premiers jours après l'opération, il employa, mais sans succès, l'ergotine, alors que les phénomènes de résorption étaient évidents; il en conclut que le médicament avait été donné à une période trop avancée et résolut, dès ce moment, de l'administrer dès le premier jour de l'opération.

M. Labat nous a communiqué quatorze faits, qui se décomposent de la manière suivante : neuf amputations de cuisse. Dans sept cas, il s'agissait de lésions chroniques (tumeurs blanches, tumeurs à myéloplaxes du tibia, nécrose des os, etc.) ; dans un cas, de suppuration du genou ayant succédé à l'ouverture, dans la synoviale, d'un abcès sous-cutané; dans un dernier cas enfin, de suppuration de l'article, suite d'une plaie pénétrante. Deux amputations de jambe : l'une pratiquée dans un cas de tumeur blanche, l'autre faite à la suite d'un traumatisme ayant déterminé l'issue des fragments dans une fracture de jambe. Une désarticulation de l'épaule ; le malade avait eu le bras et l'avant-bras broyés par un wagon. Une résection de l'humérus, pour remédier à une fracture ancienne non consolidée. Enfin, une résection de la moitié de l'os maxillaire inférieur, dans un cas de cancer de cet os.

Dans ces quatorze faits, l'opération a été suivie de guérison. L'ergotine a été donnée à la dose de 2 à 3 grammes, depuis les premier, deuxième ou troisième jours en moyenne, jusqu'à environ l'époque de la chute des ligatures. M. Labat pense qu'il faut attribuer à l'emploi de ce médicament les heureux résultats par lui obtenus.

Notre confrère, chez les blessés qu'il a soumis à l'usage de l'ergo-

tine, a observé les phénomènes suivants : les trois premiers jours, fièvre de réaction comme à l'ordinaire; gonflement très-minime, presque nul du moignon; écoulement de sérosité presque complétement tari après le premier jour; production du pus considérablement diminuée, et par suite, réunion très-rapide et complète de la plaie dans tous les points mis et maintenus en contact. Chez quatre malades, l'emploi de l'ergotine a été suivi d'une insomnie opiniâtre; c'est le seul inconvénient qui ait été observé.

Ces résultats, dit M. Labat, ont été obtenus dans un hôpital où la résorption purulente est fréquente et où la mortalité, à la suite des amputations, est de 50 p. 100. (Statistique de M. Dupuy, ancien chirurgien en chef de l'hôpital Saint-André.)

Il est à souhaiter, messieurs, que notre honorable confrère ne se fasse pas illusion sur l'efficacité de la médication qu'il nous indique; mais sans vouloir diminuer en rien l'intérêt de sa communication, et tout en étant disposé à expérimenter nous-même et à vous engager tous à expérimenter le nouveau moyen indiqué par M. Labat, il me paraît indispensable de rechercher rapidement si un ensemble de circonstances heureuses n'a pas contribué largement à faire obtenir à M. Labat d'aussi beaux résultats.

Nous sommes d'abord obligés d'invoquer l'existence possible d'une de ces séries heureuses, que rencontrent quelquefois les chirurgiens placés dans les plus mauvaises conditions; et pour répondre à cette objection, sur laquelle je ne veux pas trop insister, une nouvelle et nombreuse série de faits, s'ils sont favorables, aura une grande valeur.

Nous devons remarquer aussi que dans les quatorze faits d'opération qui sont relatés par M. Labat, deux fois seulement on a dû pratiquer l'amputation immédiate, à la suite d'un traumatisme violent; dans presque tous les autres cas, il s'agissait de lésions anciennes (tumeurs blanches, nécroses, etc.), et nous savons tous, qu'alors les malades sont dans des conditions relativement beaucoup plus favorables et que la proportion des guérisons est toujours plus considérable.

Enfin, dans les amputations de cuisse, qui sont au nombre de neuf, M. Labat, en même temps qu'il donnait de l'ergotine à ses malades, avait recours à l'emploi de plusieurs autres moyens susceptibles de favoriser l'heureuse issue de ses opérations. Ainsi il plaçait un drain dans la plaie pour faciliter l'écoulement du pus; il faisait un pansement simple arrosé d'alcool camphré. Or, vous savez tous combien ce dernier moyen peut donner de bons résultats.

Aussi, messieurs, sans vouloir nier le rôle favorable que l'ergotine

peut jouer pour s'opposer à la résorption purulente, vos commissaires sont, jusqu'à nouvel ordre, obligés de se tenir dans la plus grande réserve, et nul doute que vous tous ne soyez d'avis qu'une conclusion hâtive serait hors de propos.

Je le répète, en présence d'accidents devant lesquels nous sommes souvent presque complétement désarmés, nous ne devons pas rejeter sans examen un moyen nouveau qui nous est offert par un chirurgien instruit et des plus estimables. Essayons de voir, et si les résultats que nous obtenons sont conformes à ceux que nous annonce M. Labat, nous viendrons tous ici apporter le tribut de nos observations personnelles. Enfin encourageons M. Labat à poursuivre ses expériences et à nous communiquer le fruit de ses nouvelles recherches.

Messieurs, M. Labat occupe à Bordeaux un rang distingué dans le corps chirurgical. Déjà M Després, rapporteur d'un travail présenté par notre confrère, vous a proposé de placer son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant. Je renouvelle cette proposition, et je vous demande en outre d'adresser des remercîments à M. Labat, et de renvoyer son travail au Comité de publication.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées après la discussion suivante :

M. VELPEAU. Les remarques présentées par M. le rapporteur au sujet des séries heureuses en chirurgie, sont très-fondées. Nous en avons tous observé, et c'est pour cela qu'il faut se garder de conclure trop hâtivement quand on expérimente de nouveaux moyens. Souvent, rien ne peut rendre compte des changements que l'on observe dans les résultats des opérations ou dans la guérison des traumatismes. Voici, par exemple, ce qui s'est passé dans mon service : Il y a deux ans, après trois ou quatre années mauvaises, pendant lesquelles avaient sévi l'érysipèle et l'infection purulente, j'eus le bonheur de voir enfin cesser ce fâcheux état de choses. On n'avait cependant rien amélioré dans l'état matériel de nos salles, au contraire. Les travaux en cours d'exécution à l'hôpital de la Charité avaient obligé à encombrer nos services d'une manière inusitée, et cet état de choses dure encore. Cependant je n'ai eu depuis deux ans que deux séries d'érysipèles qui ont été peu longues, et pendant lesquelles la maladie a été bénigne. Ainsi dans la dernière, que j'observe depuis quinze jours, j'ai eu cinq cas d'érysipèles ; un des malades a succombé, mais il était criblé de tumeurs ganglionnaires et dans un état de cachexie avancée. J'ai été quinze mois sans avoir d'infection purulente ; je n'en ai observé qu'une seule petite série. Aussi je n'ai perdu qu'un amputé de cuisse sur cinq, et un seul de mes amputés de la jambe. J'ai déjà fait remarquer qn'aucune amélioration n'avait été introduite

dans l'hygiène générale ; j'ajouterai que rien de nouveau n'a été non plus institué comme traitement. Il est à peine nécessaire d'ajouter que si j'avais eu recours à quelque moyen particulier, on aurait pu supposer que ces changements heureux étaient dus à son influence. Je dirai, du reste, que je suis peu disposé à croire aux vertus de l'ergotine.

M. TRÉLAT. Puisqu'il est question des résultats obtenus dans les services de chirurgie de nos hôpitaux, je profiterai de l'occasion pour exprimer des regrets sans doute partagés. Une statistique générale nous est promise par l'administration depuis tantôt six années. Il est vraiment à désirer que nous cessions d'attendre en vain ces documents importants.

M. LEFORT. Pourquoi M. Labat a-t-il préféré l'ergotine à l'ergot de seigle? Celui-ci est beaucoup plus actif et aurait seul l'action spéciale qui peut provoquer la gangrène, mode d'agir sur lequel paraît s'appuyer la théorie de M. Labat.

M. L. LABBÉ répond en donnant lecture d'une partie du travail de M. Labat.

M. LARREY. Je me joindrai à notre éminent collègue, M. Velpeau, pour dire que nous ne devons pas nous hâter, en chirurgie, d'attribuer des avantages exceptionnels à de nouvelles méthodes thérapeutiques. En effet, à part la question souvent discutée des séries heureuses ou malheureuses, des influences de tout genre peuvent modifier les plus grands succès, sinon les compromettre. De toutes ces influences, la plus redoutable, assurément, est l'influence épidémique, déjouant les soins les plus habiles et les précautions les plus rationnelles. C'est ce que nous savons tous, par exemple, pour l'*érysipèle épidémique*, question grave et complexe sur laquelle j'ai eu dernièrement à faire un rapport à l'Académie. L'un des mémoires récompensés relatait l'histoire d'une épidémie d'*érysipèle* observée à Bordeaux et spécialement à l'hôpital Saint-André, dont la construction, toute moderne et en apparence satisfaisante, ne saurait garantir l'état sanitaire.

M. LABBÉ. M. Labat invoque la statistique dressée par M. Dupuy, qui donne 50 pour 100 de mortalité pour les amputations. Je n'ai pas relevé, dans mon rapport, un argument que M. Labat peut aussi invoquer à l'appui de sa thèse. Tandis que, dans son service, les amputés faisant usage de l'ergotine guérissaient, dans un service voisin où les moyens ordinaires étaient seuls employés, quatre opérés succombaient.

M. MARJOLIN. Je ne voudrais pas que ce que M. Larrey vient de dire à propos de la construction de l'hôpital Saint-André de Bor-

deaux pût faire croire que c'est un bon type d'hôpital. Les pavillons isolés qui le composent sont beaucoup trop rapprochés.

M. LARREY. Je n'ai voulu parler que de l'aspect extérieur de l'hôpital.

M. PANAS. L'action de l'ergotine et de l'ergot de seigle sont fort différentes. Dans l'ergotine se rencontrent les principes de l'ergot, moins l'huile essentielle ; aussi ne saurait-on obtenir de coagulation du sang avec l'ergotine. Cette préparation a pour but ou pour prétention de posséder les propriétés médicamenteuses de l'ergot, sans en avoir les qualités vénéneuses; mais son efficacité est peu démontrée. Aussi faudrait-il accorder la préférence à l'ergot, si l'on voulait obtenir un effet hémostatique.

M. BLOT. Je ne crois pas, en effet, que l'on puisse toujours impunément substituer l'ergotine à l'ergot. Je ne l'oserais pas, pour ma part, dans un cas grave ; je suis sûr de l'action de la poudre de seigle ergoté, je n'en voudrais pas dire autant de l'ergotine.

M. DEPAUL. Je ne saurais trop approuver M. Blot de sa méfiance à l'égard de l'ergotine. J'ai expérimenté cette préparation à la clinique sur la demande de M. Boudet, et je n'ai eu aucun résultat. On n'aurait donc que des mécomptes si l'on employait l'ergotine au lieu de l'ergot. Je l'ai déjà dit, mais je ne crois pas inutile de le répéter en présence d'affirmations contraires qui n'en ont pas moins été persistantes.

De l'imbibition et de son rôle en pathologie.

M. L. LABBÉ. Messieurs, vous nous avez chargés de vous faire un rapport sur un travail intitulé : *De l'imbibition et de son rôle en pathologie*, qui vous a été présenté par M. Marc Sée, chirurgien des hôpitaux, à l'appui de sa candidature à une place de membre titulaire de la Société de chirurgie. J'ai accepté d'autant plus volontiers d'être l'organe de votre commission, que les idées exprimées par M. Sée me semblent parfaitement plausibles.

Le travail de M. Sée se divise en deux parties : une partie théorique et une partie pratique.

La partie théorique, exposée très-laconiquement par M. Sée, qui se propose de lui donner plus de développements dans la suite, peut être résumée dans les propositions suivantes :

1° Les lois de la physique, en particulier celles de la capillarité et de l'imbibition, s'appliquent aux organismes vivants comme aux corps inorganiques, témoin les infiltrations de sang et d'urine, qui ne sont douteuses pour personne.

2° Le pus, à part sa consistance différente, ne se comporte pas

autrement que le sang et l'urine. Déposé à la surface d'une plaie ou déposé au sein d'un organe, il aura, comme ces liquides, de la tendance à s'infiltrer dans les tissus voisins.

3° L'infiltration du pus sera d'autant plus facile, que les tissus auront une texture plus lâche. Nulle ou extrêmement lente à se produire, quand le pus se trouve en face d'une membrane dense et serrée, comme les aponévroses, elle a lieu avec une déplorable rapidité quand il rencontre du tissu cellulaire à larges mailles, et surtout une cavité telle que celle des séreuses.

4° Le pus, en effet, a la propriété d'enflammer et de faire suppurer toutes les parties qu'il imprègne.

5° Cette propriété, qui appartient à toute espèce de pus, quelle que soit sa nature, est surtout développée à un haut degré dans le pus altéré, qui a subi, au contact de l'air atmosphérique, un commencement de décomposition, ou qui s'est chargé de l'un de ces agents morbifiques qui peuvent s'y rencontrer : témoin les accidents formidables qu'on voit éclater quelquefois à la suite de l'ouverture d'un abcès par congestion.

6° Les liquides normaux de l'économie, tels que le sang, la sérosité, la synovie, inoffensifs par eux-mêmes, deviennent, en s'infiltrant dans les tissus, la cause d'inflammations violentes quand ils se sont altérés sous l'influence de l'oxygène de l'air. C'est à ces liquides altérés, et non à l'action directe de l'air, qu'il faut attribuer les inflammations qui succèdent à l'ouverture d'une séreuse, d'un foyer de fracture, d'un abcès par congestion.

7° Les lèvres d'une plaie récente s'infiltrent du produit liquide (lymphe plastique) que l'inflammation verse à leur surface, et cette infiltration est suivie, partout où elle s'opère, de l'inflammation des tissus envahis par le suc inflammatoire, comme l'appelle M. Sée, par analogie avec le suc cancéreux qui, en s'infiltrant au pourtour d'une tumeur cancéreuse, y provoque la dégénérescence cancéreuse.

En pénétrant dans le système lymphatique, ce même suc produit l'adénite et la lymphangite. Altéré d'une manière spéciale par certains principes contenus dans l'atmosphère, il donnerait lieu à l'érysipèle.

Les conséquences thérapeutiques que M. Sée tire de ces principes sont extrêmemeut importantes. « Si, dit-il, ce sont des liquides altérés ou non (sang décomposé, pus, suc inflammatoire, etc.) qui, « en s'infiltrant dans les tissus ou les cavités, sont la cause productrice des complications inflammatoires, c'est à empêcher cette « infiltration qu'il faut s'appliquer de toutes ses forces, et tous les « moyens de traitement qui ne tendent pas à ce résultat sont inutiles « ou nuisibles. »

Or, on peut atteindre le but proposé : 1° en enlevant les liquides épanchés au fur et à mesure qu'ils se produisent : c'est ainsi qu'agissent les irrigations continues.

Mais ce lavage est rarement parfait.

2° En soustrayant la plaie au contact de l'air, en vue de prévenir la décomposition des liquides, en d'autres termes, en pratiquant l'occlusion.

Une foule de circonstances peuvent la faire échouer.

3° En rendant les liquides sécrétés parfaitement inoffensifs, à l'aide de modifications chimiques qu'on leur fait subir. Toutes les ·ubstances qui coagulent l'albumine peuvent servir à cet usage. Mais la plupart de ces agents (acides minéraux, sels métalliques, etc.) forment avec l'albumine des composés qui ne peuvent être repris par l'absorption, et frappent de mort les éléments des tissus avec lesquels ils se trouvent en contact. L'alcool seul est exempt de ces inconvénients. On ne saurait donc trop le recommander dans toutes les circonstances où une violente inflammation est à redouter.

Voici comment recommande de l'employer M. Sée : La plaie ou la cavité suppurante est d'abord largement lavée à l'eau alcoolisée, puis arrosée dans toute son étendue d'alcool pur; enfin de la charpie imbibée d'alcool, recouverte de taffetas gommé pour ralentir l'évaporation, est placée sur la partie malade, et, fréquemment dans la journée, le tout est de nouveau imprégné d'alcool.

Ce mode de pansement a donné à M. Sée les résultats les plus heureux dans le service chirurgical de l'hôpital Cochin, où depuis plus de quatre mois il remplace M. Follin. Parmi les cas nombreux dont il donne l'énumération, nous ne saurions passer sous silence ceux de fracture compliquée de plaie, de plaies pénétrantes des articulations, de collections sanguines ouvertes à l'extérieur, de plaies profondes des parties molles, de plaies de tête, toutes terminées heureusement sans le moindre accident.

M. Sée est fort éloigné de s'attribuer l'invention de la méthode de traitement des plaies par l'alcool, mais il croit en avoir le premier donné la véritable théorie, et en avoir étendu l'application, en précisant toutes les circonstances dans lesquelles cette méthode peut avoir de grands avantages. Il espère que les principes qu'il a exposés, principes fondés surtout sur les notions physiologiques, seront acceptés par les chirurgiens et serviront de base dans le traitement général des plaies. Ces espérances me paraissent légitimes, et tout en rappelant les efforts tentés dans cette voie par M. le docteur Chedevergne, je crois devoir ajouter que M. Marc Sée me paraît avoir donné une théorie plus satisfaisante et plus complète, et je propose à votre

acceptation, au nom de votre commission, les conclusions suivantes :

1° Remercier M. Sée de son intéressante communication ;

2° Recommander son travail au Comité de publication ;

3° Inscrire M. Sée sur la liste des candidats au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées après la discussion suivante :

M. LARREY. Les pansements à l'alcool ont été bien anciennement employés et définitivement abandonnés. Il est permis de se demander si les chirurgiens arriveront aujourd'hui à en retirer des effets qui ne semblent pas avoir été obtenus autrefois.

M. VELPEAU. Il semble qu'avant de chercher la raison de l'efficacité des pansements à l'alcool, il serait nécessaire de démontrer que leur efficacité est réelle. Je les ai, pour ma part, beaucoup employés depuis trois ou quatre ans : les plaies ont été tantôt bien, tantôt mal. En somme, je n'ai pas vu qu'avec ce moyen on obtînt mieux qu'avec ceux dont on fait habituellement usage.

M. L. LABBÉ. L'auteur donne le résultat de sa pratique, il est fort encourageant. Il est utile de remarquer que bien des précautions peut-être négligées par d'autres, sont par lui érigées en précepte. Ainsi, M. Sée proscrit les éponges, l'alcool est toujours versé sur les plaies avec une compresse propre. Une éponge peut, en effet, devenir un réceptacle d'éléments morbides dans un service de chirurgie. Les pansements sont renouvelés plusieurs fois par jour, et l'évaporation empêchée par un taffetas gommé.

Je dois à la vérité de déclarer que j'ai vu mourir d'infection purulente des individus soumis au pansement à l'alcool. Mais les modifications locales sont évidentes, personne ne saurait les nier. M. Sée les a étudiées au point de vue de la physiologie pathologique, il en a tiré des conclusions pratiques, mais il n'a pas la prétention de croire à l'innocuïté des traumatismes placés dans les conditions qu'il réclame.

M. VELPEAU. Malgré les explications du rapporteur, je crois encore qu'il ne faut pas se hâter de conclure.

M. LARREY. Je serais, comme M. Velpeau, très-disposé à reconnaître l'intérêt et le mérite du travail de M. Sée, mais fort enclin à réserver toute conclusion. J'ai dit que l'emploi de l'alcool était fort ancien, les précautions indiquées ne le sont pas moins : elles sont si bien entrées dans la pratique générale, qu'il est presque inutile d'y insister.

M. DESPRÉS. Puisqu'il est question de la valeur du pansement des plaies par un topique spécifique, du traitement des blessés par

des médications internes spécifiques, qu'il me soit permis de m'élever, en passant, contre cette habitude où l'on est de dire : je guéris tous mes blessés en leur faisant prendre ceci ou cela, en pansant leurs plaies avec telle ou telle substance. Ce langage est peu chirurgical. Une plaie est rarement semblable à une autre : l'une n'intéresse que la peau et les muscles, par exemple ; l'autre est une plaie communiquant avec le foyer d'une fracture comminutive. Un blessé peut avoir été frappé au moment où il était en bonne santé, comme il peut avoir été atteint en un instant où il était ivre ou malade. Il n'y a pas de spécifique également efficace dans tous ces cas. Il y a des plaies simples qui guérissent avec tous les pansements pourvu qu'ils soient humides, mais il est d'autres plaies où l'on réussit et où l'on échoue avec tout, suivant des conditions variables toujours étrangères au médicament dit spécifique.

M. L. LABBÉ. M. Sée n'est pas venu dire : j'ai pansé avec l'alcool et j'ai guéri. Il a surtout, et c'est là la partie bien originale de son travail, montré, à l'aide d'une étude physiologique rigoureuse, comment pouvaient être expliqués les résultats obtenus dans sa pratique. Son procédé est au moins scientifique, et les moyens minutieux sur lesquels il appelle l'attention acquièrent de l'importance parce qu'ils cadrent bien avec une théorie rationnelle.

PRÉSENTATION DE MALADES.

Trépanation du crâne pratiquée avec succès dans un cas de fracture avec enfoncement.

M. BROCA présente le malade qui a subi cette opération et remet son observation rédigée par M. Jolly (Jacques), interne des hôpitaux.

Jacques D..., quatorze ans, fumiste, est entré, le 15 septembre 1866, salle Saint-Christophe, n° 11.

Le malade a reçu sur la tête une planche tombée d'un troisième étage. Au moment de son entrée, il est dans la résolution la plus complète.

A travers une plaie du cuir chevelu, située à la région fronto-pariétale gauche, on voit sortir un morceau de substance cérébrale de la grosseur d'une petite noisette, parfaitement reconnaissable, et formée des substances blanche et grise. Le doigt, introduit dans la plaie, pénètre à une profondeur d'environ 2 centimètres, on sent le cerveau à nu.

Il y a en outre une fracture de l'extrémité inférieure du radius, avec un déplacement qui paraît avoir son siége dans l'articulation du poignet et qui se réduit spontanément pendant qu'on l'examine.

Le 16, à la visite, le coma est un peu dissipé; le malade entend et répond, bien que difficilement et lentement.

La moitié droite du corps est complétement paralysée du mouvement et de la sensibilité.

Il existe de la contraction dans la moitié gauche de la face et quelques mouvements convulsifs dans cette partie du corps. L'enfant porte sans cesse la main gauche à la tête.

Vessie de glace en permanence sur la tête

Les jours suivants, il n'y a aucun symptôme d'inflammation cérébrale. L'hémiplégie droite se dissipe peu à peu et finit par disparaître presque complétement. Mais le 26 septembre, en même temps que se formait un abcès sous la plaie refermée, la paralysie reparaît, limitée au mouvement et accompagnée d'hyperesthésie de toute cette moitié du corps. La contracture du côté gauche de la face persiste depuis l'accident, sans changement.

Après l'ouverture de l'abcès, les mouvements reviennent un peu dans le bras et la jambe; mais ce côté reste beaucoup plus faible que l'autre; et vers le milieu d'octobre, en essayant les forces du petit malade au dynamomètre, on constate que, tandis qu'il fait 15 kilogr. avec la main gauche, c'est à grand'peine s'il parvient à en faire 3 de la main droite.

En présence de cette hémiplégie persistante, sans aucune amélioration, M. Broca pose à cette époque la question du trépan, pour relever les fragments osseux, qui, par l'action qu'ils exercent sur le cerveau, sont bien probablement la cause de cette paralysie.

Vers le 20 octobre, le malade est pris tout à coup d'une douleur dans la jambe droite, assez violente pour lui arracher un cri aigu, et accompagnée de quelques mouvements convulsifs du membre. L'attaque fut de courte durée et ne reparut plus que le 29 octobre.

Ce jour-là l'enfant fut pris, à deux heures et à huit heures du matin, de véritables attaques d'épilepsie, cri initial, convulsions cloniques, écume à la bouche, perte de connaissance à la suite, pleurs quand il revient à lui.

Le 30 octobre, nouvelle attaque dans la journée, ayant duré à peu près vingt minutes. Les deux jambes sont prises de convulsions, qui ont cependant débuté par la droite. Le malade a eu en outre trois saignements de nez. L'opération du trépan est décidée pour le lendemain.

Le 31, pas de nouvelle attaque.

Opération. — Le malade est anesthésié par le chloroforme. Une incision cruciale découvre le foyer de la fracture. La substance cérébrale fait une hernie du volume d'une grosse noisette. Elle est tout à

fait à nu; la dure-mère a disparu à ce niveau et s'arrête à la base de l'encéphalocèle. Sur le bord de la plaie le plus rapproché de la ligne médiane on sent plutôt qu'on ne voit, à travers une dépression du périoste, un fragment d'os qui pénètre sous la voûte crânienne, et dont on ne peut toucher qu'une très-faible partie. Il s'est d'ailleurs glissé entre l'os et la dure-mère, qu'il a décollée, et se trouve fixé dans cette position d'une manière très-solide.

M. Broca applique alors sur cette partie de la voûte osseuse une couronne de trépan, dont les deux tiers seulement portent sur l'os sain, et il met à nu une esquille très-large, qu'il a beaucoup de peine à enlever avec l'élévatoire.

Cette esquille a environ 3 cent. de long sur 1 cent. 1/2 de large. Au-dessous d'elle on sent une dépression bien évidente du cerveau.

Après l'opération, le jeune garçon a toute sa connaissance, et répond d'une manière très-précise aux questions qui lui sont faites, mais la contracture de la moitié gauche de la face, qui avait presque complétement disparu, et ne se traduisait plus que par de légers mouvements convulsifs revenant à de rares intervalles, reparaît permanente et aussi intense que les premiers jours.

On panse la plaie avec de la charpie trempée dans l'eau fraîche, et fixée avec quelques tours de bande; par-dessus, eau glacée en permanence.

Le soir, l'état général est bon, l'intelligence très-nette. — Appétit.

Le 1er novembre, dans la nuit, nouvelle attaque épileptique, qui a duré huit minutes. L'état général est excellent, à peine de fièvre. — Appétit.

Le 2, ganglions douloureux sous l'oreille droite. Du reste, pas de nouvelle attaque. Le pouls est plein, un peu accéléré; aucun symptôme du côté du cerveau.

Le 3, empâtement douloureux de tout le cuir chevelu, du cou et des ganglions cervicaux des deux côtés. Pas de symptômes généraux, de frisson ni de vomissements. Peu de fièvre.

Six sangsues derrière chaque oreille.

Le 5, l'érysipèle a à peu près complétement disparu, il ne reste qu'un léger engorgement ganglionnaire et un peu de douleur à la région pariétale droite. Mais la plaie sécrète un pus séreux jaune ocré qui exhale une odeur fétide.

Le 7, la hernie de la substance cérébrale faisant des progrès notables, M. Broca se décide à exercer une compression assez énergique qui n'amène aucun accident, et sous l'influence de laquelle la hernie diminue peu à peu et finit par disparaître complétement.

Le 23, le malade marche en traînant la jambe droite; la force est

revenue dans le membre supérieur, et au dynamomètre l'enfant fait 18 kilogr. de la main droite et 15 seulement de la gauche.

Le 29, réapparition d'un érysipèle qui se traduit par un frisson, une fièvre intense et une tuméfaction douloureuse des ganglions parotidiens du côté droit et de tout le cuir chevelu. La veille on avait, mais non pour la première fois, cautérisé avec le nitrate d'argent les bourgeons charnus.

Le 30 novembre, un peu moins de fièvre; mêmes douleurs dans la tête; ganglions engorgés des deux côtés.

Six sangsues derrière chaque oreille.

L'érysipèle disparaît deux jours après. A partir de ce moment, la cicatrisation a marché avec une très-grande rapidité.

Aujourd'hui, 15 décembre, l'enfant peut être considéré comme complétement guéri. La plaie est presque entièrement fermée. Le côté droit a retrouvé toute sa force. La jambe droite est aussi solide que la gauche.

Seuls, la dépression qui existe au niveau de la plaie et les battements du cerveau qui soulèvent la cicatrice trahissent à l'œil l'opération subie par notre petit malade et la grande perte de substance osseuse qu'il a faite.

M. LEGOUEST. Notre collègue a obtenu un très-beau succès dont je le félicite.

En France, depuis Desault, l'on ne trépane plus guère que pour extraire les corps étrangers ; c'est à cette indication qu'a si bien obéi M. Broca.

Jusqu'à ces derniers temps, cette question semblait jugée, même par les gros chiffres.

En Crimée, en effet, l'armée française avait perdu 73,7 p. 100 de ses blessés atteints de fractures du crâne. Les chirurgiens les avaient traités par les moyens médicaux, et n'avaient que rarement eu recours au trépan. L'armée anglaise, où régnaient encore les idées défendues par Pott, avait perdu 100 p. 100 de ces mêmes blessés, les chirurgiens avaient largement usé du trépan.

Les résultats fournis par la guerre d'Amérique sont en contradiction avec les résultats précédents.

Le traitement médical a donné seulement 20 p. 100 de guérisons, le traitement chirurgical 75 p. 100 sur un total de 114 cas.

D'aussi nombreuses observations sont de nature à ébranler un peu nos convictions. Les faits américains démontrent la nécessité d'étudier encore une question qui paraissait définitivement jugée.

M. DEGUISE. Dans son intéressante communication, M. Broca nous a, entre autres particularités, rappelé que son opéré avait

eu, à la suite de l'opération du trépan, une volumineuse hernie du cerveau dont on ne voit plus trace aujourd'hui. J'ai deux fois observé cet accident et deux fois les malades ont succombé en offrant des phénomènes curieux que je vais brièvement rappeler.

Le premier était âgé de vingt-deux ans, un coup de pied de cheval avait occasionné une fracture du crâne avec enfoncement ; il y avait des accidents de compression, je trépanai. Une énorme hernie ne tarda pas à se produire ; la substance cérébrale que l'on voyait à nu était noirâtre, mais sans odeur. On pouvait y toucher sans provoquer de douleur ; croyant y sentir de la fluctuation, il m'arriva même d'enfoncer profondément le bistouri sans que le malade en ait eu conscience. La tumeur égalait presque le volume du poing ; j'avais essayé, mais fort inutilement, de la comprimer. Elle finit par prendre un si mauvais aspect, que je me décidai à en pratiquer l'abrasion complète. Le malade était déjà dans un état très-fâcheux, il succomba vingt-huit heures après l'opération.

A l'autopsie, je ne fus pas médiocroment étonné de trouver le cerveau revenu sur lui-même, présentant une excavation assez profonde pour loger la partie abrasée.

Le second malade était âgé de douze ans, une hernie se forma aussi après l'opération, elle était peu volumineuse, mais je fus encore conduit à la réséquer. Je ne fis qu'une abrasion partielle, néanmoins, à l'autopsie, les mêmes particularités de retrait de la masse cérébrale et d'excavation, proportionnée à la perte de substance, furent observées.

Sur la proposition de quelques membres de la Société, M. le président met à l'ordre du jour de la prochaine séance la question du trépan.

Fracture probable de l'axis.

M. BROCA montre un second malade chez lequel il a cru devoir soupçonner une fracture de l'axis.

Ce malade a eu la tête fortement et violemment renversée en arrière dans une chute. Il n'a jamais présenté de symptômes résultant de la compression de la moelle. Mais en arrière sur les parties latérales de l'axis l'on a pu constater deux points douloureux, et en avant, par le toucher pharyngien, une saillie médiane inégale, qui existe encore aujourd'hui, mais qui déjà est moins inégale.

Sans poser un diagnostic absolu, dit M. Broca, j'ai cru devoir me comporter comme si j'avais affaire à une fracture de l'axis.

Un collier en gutta percha, précédemment moulé sur un autre malade auquel il avait déjà servi, fut appliqué à celui-ci, et put, grâce à quelques lamelles de ouate, parfaitement s'adapter. Le collier est

d'ailleurs fendu en arrière et peut se rétrécir à l'aide de lacets. Le malade fut immédiatement soulagé par cet appareil, il l'a porté pendant plus de deux mois. Les mouvements de rotation de la tête sont restés longtemps difficiles, ils sont encore très-limités.

NOMINATION DE COMMISSION.

M. LE PRÉSIDENT invite la Société à nommer une commission pour examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire actuellement vacante.

Cette commission se compose de MM. Le Fort, Tillaux et Trélat.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. GUYON.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1866.

Présidence de M. GIRALDÈS.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La Société a reçu :

Les journaux de la semaine;

Le *Bulletin des travaux de la Société impériale de médecine de Marseille*.

— **M. VERNEUIL** dépose sur le bureau de la Société un mémoire imprimé de M. Bertholle sur *les corps étrangers dans les voies aériennes ;* une autre brochure par M. Dubrueil : *De l'amputation intra-deltoïdienne*.

— **M. LE FORT** présente, de la part de M. Lejeal, une observation de plaie de tête compliquée de fracture du crâne. (Renvoyé à M. Le Fort, commissaire.)

M. LARREY fait hommage à la Société des ouvrages suivants :

Traité des luxations congénitales du fémur, par Pravaz. Vol. in-4° avec planches.

Anatomie et chirurgie des hernies inguinale et fémorale, par Guthrie. In-4°, en anglais, avec planches.

Mémoire sur l'enseignement de la médecine et de la chirurgie en France, par Léveillé. In-4°.

Rapport sur le concours du grand prix de chirurgie à l'Institut, par Double.

De la paralysie de l'iris, etc., par Hemly.
Et quelques thèses de chirurgie.

Fractures du crâne. Trépanation.

— M. LARREY donne lecture, de la part de M. le docteur A. Tassard, médecin-major, de la note suivante :

En 1855, pendant le siége de Sébastopol, à l'ambulance de la première division, où j'étais alors aide-major, j'ai aidé, à deux reprises différentes, M. le docteur Gueury, aujourd'hui médecin principal en Afrique, à pratiquer l'opération du trépan sur des militaires qui avaient eu le crâne fracturé par des éclats d'obus.

Dans ces deux cas qui, sauf quelques détails de peu d'importance, présentaient non-seulement une certaine analogie de causalité, mais encore de siége, de forme et de gravité, la lésion siégeait à la région pariétale droite ; le projectile, en frappant plus ou moins obliquement la voûte crânienne, avait d'abord déchiré et fortement contusionné les téguments, puis fracturé en étoile et enfoncé dans le cerveau quelques-uns des fragments du pariétal, sans toutefois y pénétrer ; une certaine portion de substance cérébrale meurtrie, réduite en pulpe sanguinolente, faisait hernie au dehors à travers la dure-mère déchirée et les fissures osseuses ; il y avait eu hémorrhagie abondante, malgré cela les symptômes de commotion générale et de compression cérébrale étaient des plus graves ; je les résume en quelques mots : mouvements convulsifs de contracture des membres, paralysie générale, respiration stertoreuse, semblant annoncer une fin prochaine.

En examinant plus attentivement ces blessures et en cherchant à relever les fragments déprimés pour les remettre en place, nous nous aperçûmes que de nombreuses esquilles flottaient à la surface du cerveau et de ses membranes ; ne pouvant ni les saisir ni les extraire, nous dûmes, pour y arriver, appliquer cinq couronnes de trépan dans un cas et six dans l'autre. Ces couronnes, reliées entre elles par des traits de scie, nous permirent d'enlever un forte portion de l'os qui suffit à peine pour détruire les adhérences de quelques esquilles volumineuses, les extraire et débarrasser le cerveau de tous les caillots sanguins qui pesaient sur lui. Dans l'un et l'autre cas, cette opération produisit bon effet, car quelques instants après, la respiration parut se faire plus librement.

Après avoir débarrassé le cerveau de tout ce qui l'encombrait, nettoyé les plaies, remis en place les lambeaux externes qui avaient été disséqués et relevés pour trépaner l'os, nous maintînmes le tout à l'aide d'un pansement simple, doux et moelleux qui permit à la

tête de nos blessés de rester appuyée sur le côté malade, pour mieux favoriser l'écoulement de liquide d'abord, celui de la suppuration ensuite, et empêcher ainsi leur accumulation dans le crâne, ce qui eût inévitablement déterminé de nouveaux accidents.

L'examen des esquilles retirées nous fit voir que toutes ces parcelles osseuses avaient le même caractère particulier ; elles étaient plates, minces, plus ou moins larges, assez semblables à des lames de verre ou mieux à des éclats d'ardoise, rugueuses sur une de leurs faces, polies sur l'autre, toutes dépendantes de la table interne de l'os qui avait été comme décollée, puis fracturée par la violence du choc.

Des pansements fréquemment renouvelés, surtout lorsque la suppuration fut établie, avec les plus grands soins de propreté, mirent ces deux blessés à l'abri de tout accident. Ils restèrent plusieurs jours dans une sorte d'état comateux, et ce n'est guère que du quinzième au vingtième jour qu'ils commencèrent à reprendre un peu connaissance et qu'on vit chez eux la sensibilité et le mouvement revenir insensiblement.

Un mois ou cinq semaines après l'accident, ils furent évacués sur Constantinople, non pas rétablis, mais en voie parfaite de guérison. J'en ai perdu un complétement de vue ; mais depuis, j'ai su que l'autre, nommé Louis, s'était retiré à Lunéville, où M. le docteur Gueury père l'avait vu dans un état de santé aussi parfait que possible ; toutefois, je ne sais pas si la perte de substance faite au crâne subsiste toujours ; je suppose qu'elle est aujourd'hui en partie dissimulée par un tissu de nouvelle formation soit fibreux, soit cartilagineux, et presque recouverte par les lambeaux du cuir chevelu.

Ces deux opérations de trépan sont les deux seules que j'ai vu faire pendant toute la campagne.

Si on se reporte aux fatigues et aux privations de toutes sortes de cette guerre ; si on tient aussi compte de toutes les circonstances défavorables dans lesquelles se sont trouvés ces deux blessés qui sont restés près de cinq semaines à notre ambulance, mal logés sous nos baraques, couchés sur la planche, entourés de cholériques, de scorbutiques, de typhiques et de nombreux blessés atteints de pourriture d'hôpital, etc., etc., on sera étonné d'un pareil succès et on le trouvera des plus encourageants pour le chirurgien qui est appelé à opérer dans de meilleures conditions.

Pour mon compte, j'en garderai éternellement le souvenir, et je le considérerai toujours comme un des plus beaux triomphes de l'art chirurgical. Si j'ai rappelé aujourd'hui ces deux faits depuis longtemps restés dans l'oubli, c'est uniquement pour encourager mes col-

lègues et mes confrères à ne pas reculer dans les cas semblables, devant la nécessité de la trépanation.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Fracture avec enfoncement des os du crâne. — Application du trépan. — Guérison.

M. DEGUISE présente à la Société le jeune garçon qui fait le sujet de l'observation suivante.

B... Georges, âgé de treize ans, domicilié à Saint-Maurice (Seine), est entré à l'hôpital de Charenton le 24 juillet 1864, dans les circonstances suivantes :

B... est le neveu d'un garde du bois de Vincennes, qui réside dans la partie du parc nouvellement agrandi, et qui était alors occupé par de vastes ateliers de terrassement. Cet enfant rencontre un cheval de trait dételé et sans conducteur; il se hisse sur l'animal et se met à l'exciter; mais il ne tarde point à être renversé, et reçoit, étant à terre, une ruade qui l'atteint à la tête et lui fait perdre immédiatement connaissance.

Une heure environ après l'accident, je constate :

1° Une large plaie du cuir chevelu occupant toute son épaisseur, située au-dessus de l'oreille droite, et s'étendant depuis la tempe jusqu'auprès de la protubérance occipitale. La lèvre supérieure de cette plaie est assez nette et adhérente à la boîte osseuse; l'inférieure est inégale, largement décollée.

2° Une fracture intéressant à la fois l'occipital, le pariétal et le temporal, et constituée par un fragment osseux enfoncé de 3 à 4 millimètres environ dans la boîte crânienne, et mesurant 7 centimètres d'arrière en avant, sur une largeur de près de 2 centimètres en arrière et de 4 centimètres à sa partie la plus antérieure. Ce fragment appartient presque tout entier au pariétal ; son bord inférieur comprend une faible partie de la circonférence supérieure du temporal, et, en arrière, 2 centimètres et demi environ de l'occipital. De plus, son bord inférieur, taillé en biseau aux dépens de sa table externe, a glissé sur la face interne du temporal, de façon que le bord supérieur de la pièce enfoncée présente un écartement du pariétal qui permet l'introduction de l'extrémité d'une spatule. Le blessé a perdu une notable quantité de sang ; sa face est pâle, ses traits sans expression ; tous les sens paraissent abolis ; les membres sont dans un état de résolution presque complète ; le pouls est petit, d'une faiblesse extrême. En mettant l'enfant au lit, on a trouvé ses vêtements salis par de l'urine et des matières fécales.

En introduisant un levier entre le bord supérieur de l'esquille et la solution crânienne, on obtient bien une certaine mobilité, mais tout à fait insuffisante pour en espérer l'extraction. Deux couronnes de trépan sont appliquées sur le pariétal à l'angle supérieur de la pièce enfoncée, qui fut alors assez facilement retirée à l'aide d'un davier.

La dure-mère est déchirée en arrière et en bas de la solution de continuité, dans l'étendue de 3 centimètres environ; la circonvolution cérébrale correspondant à cette déchirure ne paraît pas entamée.

Les angles osseux produits par l'opération du trépan sont reséqués. Un linge troué et cératé est appliqué sur la dure-mère, et recouvert de petites boulettes de charpie maintenues par une compresse, et un serre-tête sur lequel on maintient une vessie contenant de la glace.

Une bouteille d'eau chaude aux pieds et des cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs constituent toute la prescription du moment.

Le soir, à neuf heures, il n'y avait pas un grand changement dans l'état du blessé. Cependant la chaleur était revenue, le pouls était meilleur, la respiration était assez bonne, les paupières étaient toujours fermées; il ne s'écoulait plus de sang.

Le lendemain matin, 25 juillet, j'appris qu'il y avait eu un peu d'agitation qui s'était traduite par quelques gémissements et quelques efforts pour se débarrasser du pansement. Le pouls est à 68, régulier; la chaleur est convenable. Lorsqu'on pince le malade, on constate de la sensibilité des deux côtés du corps. En soulevant les paupières, on observe également la contractilité des iris. On essaye inutilement de faire avaler quelques gouttes de liquide. Continuation de la glace.

Le 26 juillet, l'agitation a augmenté. Le pansement ne tient plus. Il est renouvelé comme le premier jour. L'urine continue à être rendue sans que le malade en ait conscience. Le pouls est à 80; la sensibilité est moins prononcée du côté gauche. L'enfant peut avaler quelques gorgées d'eau sucrée.

Le 27, l'agitation est la même. Délire avec cris et articulation de mots incompréhensibles. Pouls à 90.

Tilleul et oranger pour tisane. Un demi-lavement salé.

Le 28, il y a eu une copieuse évacuation de matières fécales, à la suite de laquelle le malade a été plus tranquille. La plaie est visitée; son aspect est convenable; la suppuration commence à s'établir.

Le 29, l'enfant s'agite moins dans son lit, mais le délire continue. La sensibilité et la motilité très-manifestement affaiblies du côté gauche.

Le 30, même état que la veille. La plaie est pansée tous les jours.

Le 31, le malade est plus tranquille; il tient ses yeux assez souvent ouverts, mais sans paraître distinguer les objets qui l'environnent. Son langage est toujours mal articulé et composé de mots incohérents. La paralysie, incomplète du côté gauche, est la même. Pouls à 70. Langue humide, un peu blanchâtre. La dure-mère, à l'endroit où elle a été déchirée, offre une coloration légèrement noirâtre; la plaie, quant au reste, est belle.

Même tisane. Bouillon de poulet. On maintient l'application de la glace sur la tête.

Le 2 août, l'état général continue à être assez satisfaisant; il y a eu une garde-robe naturelle. Les bouillons de poulet sont pris sans difficulté. La plaie se recouvre de bourgeons charnus. La dure-mère à l'endroit noté est toujours noirâtre, et commence à se ramollir. Le pouls reste à 70.

Même tisane. Bouillon de bœuf. La glace sur la tête est supprimée.

Le 5, il n'y a pas une grande différence dans les mouvements, soit à droite, soit à gauche. La sensibilité seule est moindre à gauche. Depuis la suppression de la glace, le malade est tout à fait tranquille; cependant il paraît ne pas avoir conscience de ce qui se passe autour de lui, et ne répond à aucune question. Quelques petits lambeaux de la dure-mère se sont détachés; la pie-mère sous-jacente est d'un rose assez vif; les bourgeons charnus continuent à se développer; la suppuration est de bonne nature, sans être trop abondante.

Orangeade. 3 potages. Quelques cuillerées de Bordeaux.

Le 8, notre jeune enfant reprend enfin un peu de connaissance. Il montre la langue, donne la main gauche ou droite. Pour la première fois, hier, il a uriné dans un bassin. Il prend ses potages avec plaisir. La cicatrisation de la plaie fait des progrès *ut suprà*.

Le 12, l'amélioration ne se ralentit point. Les jours se passent avec des images. Les nuits sont tranquilles. L'appétit se soutient.

Potages. Œufs frais. Biscuits. Bordeaux.

Le 15, les bourgeons charnus recouvrent presque entièrement la perte de substance osseuse, et ont souvent besoin d'être réprimés avec le nitrate d'argent. Le petit malade, qui n'a jamais accusé la moindre douleur depuis qu'il a recouvré sa connaissance, passe une partie de ses journées dans un fauteuil qui est porté dans le jardin pendant plusieurs heures.

Le 20, à la visite, je trouve M. Georges levé, avec un tablier que la sœur lui a donné, et portant un crachoir. La plaie est presque entièrement fermée. Toutes les fonctions s'exécutent normalement.

Je fais fabriquer une calotte en cuir pour préserver le crâne d'un

choc extérieur, et Georges quitte définitivement l'hôpital le 9 septembre 1864.

— **M. M. PERRIN** demande à M. Deguise quelles sont les raisons qui ont motivé la trépanation.

M. DEGUISE. Si la discussion s'engage, je dirai quels sont mes principes à ce sujet. Ici j'ai appliqué le trépan parce que j'éprouvais des difficultés pour extraire les esquilles.

COMMUNICATION.

Ovariotomie. — Guérison.

M. THIERRY-MIEG lit, au nom de M. Marion-Sims, l'observation d'une opération d'ovariotomie pratiquée à Saint-Germain-en-Laye par ce chirurgien, et montre à la Société la tumeur extirpée. (Commission : MM. L. Labbé, Tarnier, Guyon.)

— **MM. VELPEAU ET DEPAUL**, tout en reconnaissant l'intérêt de semblables présentations, expriment le vœu que les Sociétés savantes auxquelles on les adresse reçoivent aussi communication des cas d'insuccès.

Nous avons assez vu d'observations heureuses, ajoute M. Velpeau, pour admettre que l'ovariotomie peut réussir. Mais la question importante n'est pas là. Pour une opération aussi grave, il importe de connaître avant tout la proportion des insuccès.

RAPPORT.

Abcès du foie guéri par ponction suivie d'injections iodées.— Luxation complète en dehors de l'articulation huméro-cubitale.

M. A. GUÉRIN lit un rapport sur ces deux observations adressées par M. le docteur Sistach, médecin-major de 1re classe.

M. le rapporteur conclut en demandant :

L'inscription de M. le docteur Sistach sur la liste des candidats au titre de membre correspondant ;

La publication, dans le *Bulletin*, de l'observation de luxation. Ces conclusions sont adoptées.

Observation.—Il existe dans les divers recueils et journaux de médecine un nombre tellement restreint de luxations complètes en dehors de l'articulation huméro-cubitale, que, pour l'édification de leur histoire, le professeur Malgaigne (1) n'a pu réunir que dix observations, tandis qu'un an auparavant, dans sa thèse inaugurale, M. le docteur

(1) *Traité des fractures et des luxations*, 1855, t. II, p. 614.

Paul Denucé (1) n'en avait cité que neuf. Et depuis cette époque (1854) les bulletins de la Société de chirurgie ni ceux de la Société anatomique depuis 1858, n'en ont publié aucun nouveau cas.

Et comme les mêmes faits sont reproduits à la fois par M. Denucé et par Malgaigne, il nous a paru utile de faire connaître la luxation qu'il nous a été donné de réduire.

Z... André, âgé de quatorze ans, entré à l'hôpital militaire de Constantine, le 11 avril 1866, est tombé à terre, le même jour et à deux heures de l'après-midi, dans une lutte à bras-le-corps. Sans pouvoir préciser d'une manière absolue les diverses circonstances de la chute, le malade raconte toutefois que la paume de la main gauche a d'abord heurté violemment le sol et consécutivement que le corps entier a roulé à terre.

Voici les symptômes que nous constatons trois heures après l'accident :

1° *Attitude.* — Membre dans la demi-flexion et en demi-pronation. Mouvements de flexion et d'extension très-douloureux et très-bornés.

2° *Déformation.* — Élargissement considérable du diamètre transversal du coude ; sur son côté externe, saillie musculaire volumineuse constituée par les insertions supérieures du grand supinateur et des radiaux ; ces muscles sont tendus et dessinent sous la peau un relief prononcé dont on peut suivre les divers contours. En arrière de ce relief se remarque supérieurement une dépression de 4 centimètres de bauteur, dont la cupule radiale forme la limite inférieure. Cette cupule, très-appréciable au toucher, est en debors et en avant de l'épicondyle ; elle est très-superficielle de même que l'olécrâne qui forme une saillie très-prononcée. Cette apophyse, située tout à fait en dehors de sa position normale, se trouve presque sur la même ligne que la surface articulaire humérale, et le tendon du triceps brachial forme une corde oblique en debors.

Sur le côté interne du coude existe un gonflement très-considérable et très-douloureux à la pression, qui est constitué par l'épitrochlée, tandis que dans le pli du coude on ne trouve aucune saillie osseuse notable ; le tendon du biceps forme seul une corde saillante et oblique en debors.

En cherchant à travers les parties molles à reconnaître la position de l'extrémité articulaire de l'humérus, on parvient à distinguer nettement l'épitrocblée, la trochlée et le condyle ; quant à l'épiconyle qui, profondément situé, est caché par l'olécrâne et embrassé par la cavité sigmoïde, on ne le sent qu'à grand'peine. A la face postérieure

(1) *Mémoires sur les luxations du coude*, 1854, p. 128.

de l'extrémité humérale, on sent fort bien la cavité olécrânienne, en dehors de laquelle se trouve l'apophyse de ce nom.

Voici les diverses mensurations que nous avons pratiquées sur le membre supérieur gauche :

Circonférence du bras au-dessus du gonflement du coude, 29 centimètres.

Circonférence du coude au niveau du milieu de l'olécrâne, 325 millimètres.

Distance de l'angle postérieur de l'acromion au sommet de l'olécrâne, 30 centimètres.

Distance de l'épicondyle à l'extrémité du pouce, 36 centimètres.

Distance de l'épicondyle à l'apophyse styloïde du radius, 25 centimètres.

Distance de l'épitrochlée au bord interne de l'olécrâne, 7 centimètres.

Le membre supérieur droit nous a donné les mensurations suivantes :

Circonférence du bras au-dessus du coude, 22 centimètres.

Circonférence du coude au niveau de la partie moyenne de l'olécrâne, 25 centimètres.

Distance de l'angle postérieur de l'acromion au sommet de l'olécrâne, 30 centimètres.

Distance de l'épicondyle à l'extrémité du pouce, 36 centimètres.

Distance de l'épicondyle à l'apophyse styloïde du radius, 25 centimètres.

Distance de l'épitrochlée au bord interne de l'olécrâne, 32 millimètres.

De l'examen comparatif des mensurations des deux membres, il résulte que celui du côté gauche présentait un gonflement volumineux de la région du coude, l'absence de raccourcissement du bras et de l'avant-bras, et enfin un éloignement anomal de l'épitrochlée et de l'olécrâne.

Le malade soumis à la chloroformisation, nous procédons à la réduction de la luxation de la manière suivante : Tandis qu'un aide pratique la contre-extension sur le bras, nous ramenons dans la supination l'avant-bras, que nous confions ensuite à un nouvel aide pour qu'il opère l'extension. En même temps nos deux mains pratiquent sur le coude la coaptation, en poussant de dehors en dedans les surfaces articulaires de l'avant-bras. Bientôt après, la disparition des saillies anomales et la facilité de pouvoir faire exécuter à l'articulation du coude ses divers mouvements nous indiquent que la réduction de la luxation est complète.

Le membre est placé dans une écharpe ; le lendemain, une ecchymose considérable apparaît sur la face interne du coude et du bras ; dès le dixième jour, des mouvements sont imprimés à l'avant-bras pour prévenir la roideur articulaire du coude. A cette époque la partie inférieure du biceps brachial et son tendon terminal sont le siége d'un gonflement considérable, qui ne cède progressivement qu'à l'emploi quotidien de bains de bras prolongés, de frictions mercurielles et de cataplasmes.

Le 19 mai, le malade a recouvré toute la plénitude des mouvements du coude qui s'exécutent sans nulle douleur. Il n'y a plus de trace de gonflement périarticulaire. *Exeat* le 20 mai.

Telle est la luxation complète en dehors du coude que nous avons observée et dont le diagnostic repose sur les caractères suivants : agrandissement du diamètre tranversal du coude ; transport des deux os de l'avant-bras en dehors ; transport de la tête du radius en avant de l'épicondyle ; demi-flexion de l'avant-bras avec pronation forcée.

Mais, selon M. Denucé (1), il existe deux variétés principales de cette luxation qu'il désigne sous les noms de sus et sous-épicondyliennes, selon que la cavité sigmoïde, qui embrasse le bord externe de l'humérus, se trouve située au-dessus ou au-dessous de l'épicondyle. Voici, d'après cet auteur, les caractères différentiels de ces deux espèces de luxations :

1° *Variété sus-épicondylienne.*

En dedans, saillie formée par l'humérus, dépression au-dessous; en dehors, saillie formée par le cubitus et le radius, le long du bord externe de l'humérus ; dépression au-dessus. En arrière, l'olécrâne manque dans sa cavité que l'on sent très-bien ; on voit au-dessous toute l'extrémité inférieure de l'humérus qui fait saillie sous la peau, et sur laquelle on peut constater, de dehors en dedans, l'épitrochlée, la trochlée, le condyle, l'épicondyle ; au-dessus de l'épicondyle, à une hauteur variable, on ren-

2° *Variété sous-épicondylienne.*

La déformation est moins prononcée en dehors, l'olécrâne est à peu près sur la même ligne que la surface articulaire humérale, peut-être même la dépasse-t-elle un peu en bas au lieu d'être remontée de 2 ou 3 centimètres au-dessus. Le diamètre transversal est plus considérable au niveau de la ligne des tubérosités. On sent encore sous la peau l'épitrochlée, la trochlée, le condyle ; mais on ne sent plus l'épicondyle qui est caché par l'olécrâne, et embrassé par la cavité sigmoïde au fond de laquelle on peut même

(1) Thèse citée, p. 139.

contre le sommet de l'olécrâne. En avant, la trochlée fait saillie à la partie interne, et, à la partie externe, on reconnaît la tête du radius portée en avant de l'humérus ; le triceps et le biceps forment deux cordes saillantes de dehors en dedans.

Il y a raccourcissement du membre, éloignement de l'épitrochlée et de l'olécrâne, rapprochement de l'épitrochlée et de l'apophyse styloïde.

L'attitude est très-remarquable ; la demi-flexion avec une forte pronation ou plutôt une demi-torsion en dedans.

le constater. Le bras, mesuré de l'acromion à l'olécrâne, est à peine raccourci, et enfin il y a une saillie musculaire très-prononcée des muscles qui partent de l'épicondyle et qui n'existe pas dans la variété sus-épicondylienne. L'attitude est la même dans les deux cas ; peut-être même est-elle plus prononcée dans la deuxième variété, parce que les muscles biceps et pronateur sont plus tiraillés ; les mouvements communiqués sont moins étendus que dans la variété sus-épicondylienne à cause du moindre délabrement des parties.

Si l'on tient compte, dans notre observation, de l'absence de raccourcissement du bras et de l'avant-bras, de la proéminence volumineuse de l'insertion supérieure des muscles grand supinateur et radiaux externes, et surtout de la position précise de la cavité sigmoïde du cubitus par rapport au bord externe de l'humérus, on ne peut méconnaître la caractéristique de la variété sous-épicondylienne de la luxation latérale externe, ainsi que nous l'avons consigné sur le titre de ce travail.

Tout en reconnaissant que la cavité sigmoïde peut siéger au-dessus ou au-dessous de l'épicondyle, le professeur Malgaigne (1) n'accorde pas toutefois la même importance à ces deux positions qui sont la conséquence, pour lui, du chevauchement plus ou moins considérable des os.

Mais, d'après M. Denucé, non-seulement il existe des signes suffisants pour différencier ces deux variétés de luxation, mais celles-ci se distinguent encore par le mode de réduction qui est applicable à chacune d'elles. Mouvement forcé de supination et extension en droite ligne, suffisants dans les luxations sous-épicondyliennes ; mouvement forcé de supination et extension sur l'avant-bras fléchi applicable dans tous les cas ; tel est, pour ce chirurgien, le traitement le plus convenable des luxations et subluxations en dehors. La raison de cette différence repose sur la position de l'olécrâne qui, dans la

(1) Ouvrage cité, p. 616.

luxation sous-épicondylienne, vient arc-bouter contre la partie postérieure de l'épicondyle, ce qui, combiné avec l'extension, peut remettre les surfaces parfaitement de niveau.

Lorsque l'action des muscles tiraillés par l'extension ne suffit point pour produire la coaptation, celle-ci doit être pratiquée par la main du chirurgien en poussant les os de l'avant-bras de dehors en dedans, ainsi que nous avons été obligé de le faire chez notre malade.

ÉLECTIONS.

Renouvellement du bureau.

La Société procède à l'élection des membres du bureau et des commissions permanentes pour 1867.

Le bureau élu est ainsi composé :

Président, M. Follin ;

Vice-président, M. Legouest.

Secrétaire général, M. Verneuil.

La durée des fonctions est de cinq années pour le secrétaire général.

Secrétaires annuels, MM. Dolbeau et L. Le Fort.

Bibliothécaire archiviste, M. Tillaux.

Trésorier, M. Houel.

COMITÉ DE PUBLICATION.

MM. Trélat, Labbé, Guyon.

COMMISSION DES CONGÉS.

MM. Boinet, Tarnier, Houel.

COMMISSION DES ARCHIVES.

MM. Marjolin, Giraldès, Labbé.

COMMISSION DES COMPTES.

MM. Perrin, Dolbeau, Demarquay, Guyon, Boinet.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel, F. Guyon.

COMPTE RENDU

DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE CHIRURGIE, PENDANT L'ANNÉE 1866.

Par M. F. GUYON, secrétaire annuel.

Messieurs,

Cette année même, en inaugurant vos travaux, notre président vous rappelait que la Société de chirurgie ne pouvait être fidèle à sa devise, « vérité dans la science » qu'en acceptant toujours comme son premier, comme son plus impérieux devoir, le travail et le progrès.

La lecture de vos bulletins et de vos mémoires prouve que la pensée de vos fondateurs a été poursuivie et fécondée. Aussi, quels que soient les labeurs que nécessite l'accomplissement régulier des fonctions dont vous honorez vos secrétaires, chacun d'eux a trouvé dans son rôle modeste la plus intime satisfaction, celle que donne le sentiment d'un travail utile.

Dans le rapide aperçu des travaux de l'année, que je vais faire passer sous vos yeux, j'aurais voulu montrer que cette fois encore, vous n'avez oublié ni vos devoirs ni votre rôle. Je ne puis un instant m'abuser; ce n'est qu'en recourant aux comptes rendus, c'est-à-dire à vos travaux eux-mêmes, que l'on pourra juger de leur importance; mais j'aurai atteint mon but si j'ai réussi à attirer sur eux l'attention.

S'il n'était dans les usages de parler, en premier lieu, des maladies des os et des articulations, l'importance et le nombre des communications relatives à ce sujet nous eussent conduit à nous en occuper tout d'abord.

Forte des perfectionnements qu'a apportés dans l'art opératoire l'étude méthodique et approfondie de l'anatomie chirurgicale, du brillant éclat qu'a jeté sur toute une génération chirurgicale et sur notre pays l'enseignement de l'anatomie des chirurgiens et du manuel opératoire, la chirurgie, satisfaite des limites où l'a conduite la plus scientifique hardiesse, semble aujourd'hui dédaigner les triomphes du bistouri. Elle est, avant tout, conservatrice.

Toujours accusées lorsqu'il s'est agi des lésions ou des maladies du système osseux, ces tendances devaient surtout, dans cette partie de

la pathologie, trouver l'occasion de leur plus favorable développement.

Nous nous garderons de porter un jugement qui serait ici déplacé, mais nous ne saurions trop nous réjouir de voir se produire, à notre tribune, des communications d'un aussi grand intérêt que celles qui nous ont été faites par MM. Ollier, Sédillot et Bœckel. M. Ollier, vous le savez, soutient avec talent et conviction que le périoste est l'agent essentiel de la reproduction des os. Il institue toute une série nouvelle d'opérations, qu'il qualifie de la dénomination de sous-périostées, et il a pu, pièces en main, vous en montrer les bienfaisantes applications. L'École de Strasbourg, inspirée par M. Sédillot, compte surtout sur la puissance ostéogénique du réseau médullaire et du tissu osseux lui-même, pour régénérer l'os dont on conserve le moule. Les réflexions présentées par plusieurs de nos collègues et en particulier par MM. Broca, Verneuil, Trélat, Demarquay, tendent à démontrer que si la chirurgie peut encore douter que toutes les promesses de l'ostéogénie soient complétement tenues, il n'en est pas moins vrai que, grâce à ces études, à ces expérimentations si répétées et si bien conduites, les opérations que l'on pratique sur les os, et les résections en particulier, deviendront plus sûres dans leur application, plus certaines dans leur résultat.

C'est encore à l'étude plus approfondie de la physiologie et du développement du système osseux, que nous devons la curieuse étude de ces exostoses dites de croissance, que M. Broca a décrites et dont il nous a montré cette année, en son nom et au nom de M. A. Guérin, un si remarquable exemple. Dans la séance suivante, M. L. Labbé nous amenait un enfant qui portait une de ces exostoses au niveau de l'épiphyse du radius. M. Broca concluait à l'opération immédiate, afin de pouvoir éviter le sacrifice du membre auquel il avait eu le regret d'être conduit chez son malade. Mais M. Marjolin protestait contre cette décision, qui paraissait cependant avoir obtenu l'approbation de la Société.

Malgré l'étude approfondie de l'anatomie et de la physiologie normale et pathologique du système osseux, il est souvent difficile de bien apprécier quelles sont les influences qui s'opposent aux consolidations des fractures. M. Demarquay nous a montré une jeune demoiselle dont la santé paraissait irréprochable, et qui, simultanément atteinte d'une fracture de la rotule et d'une fracture de l'humérus, vit la première se consolider tandis qu'une pseudarthrose était la conséquence de la solution de continuité de l'humérus. La résection, combinée avec le décollement du périoste en manchette et la suture métallique des extrémités, ont amené la guérison.

Mais on doit reconnaître que la pseudarthrose est souvent la conséquence d'une immobilisation incomplète des fragments. C'est ce que nous faisait remarquer M. Marjolin, à l'occasion d'une intéressante observation de M. Le Fort, à propos de laquelle notre collègue préconisait l'extension continue. On ne saurait, par contre, accuser les appareils, dans l'observation de M. Tarnier, puisque la guérison survint alors que l'on commençait à désespérer, et sans que de nouveaux moyens aient été mis en œuvre.

C'est en présence des fractures compliquées, que le génie chirurgical s'est de tout temps voué à la recherche de la conservation du membre. Le très-remarquable fait de M. Guérin vous a montré les heureux resultats d'une résection étendue de l'extrémité inférieure de l'humérus dans une fracture comminutive du coude. Conservation du membre et de ses fonctions, tel fut l'heureux effet d'une pratique consacrée par l'expérience.

Je ne puis que mentionner, comme nouvelle preuve à l'appui, le fait de M. Laborie, de fractures multiples de l'omoplate, de la clavicule, de l'humérus droit; et celui que M. Noguès, chirurgien de l'armée, nous a présenté. Dans ce dernier cas, le malade, simultanément atteint de fracture du maxillaire inférieur et de double fracture des fémurs, a guéri assez heureusement pour pouvoir marcher sans claudication.

Je rappellerai enfin les cas de fracture bicondylienne de l'humérus et bicondylienne du fémur. L'un est dû à M. Fleury, notre collègue de Clermont, l'autre à M. Lejeal, auquel nous devons plusieurs intéressantes communications. M. Trélat vous a fait remarquer que le trait qui sépare les condyles est transversal, tandis que presque toujours il est vertical. Vos bulletins possèdent les trois seuls cas où cette disposition insolite a été mentionnée.

Si nous ajoutons à cette énumération déjà longue un cas de fracture de cuisse avec emphysème, adressé par M. Ladureau, qui nous a valu un rapport de M. L. Labbé et des remarques de MM. Velpeau, Demarquay et Perrin; un cas de fracture probable de l'axis, présenté par M. Broca; un cas de fracture du péroné, avec fracture intra-articulaire du tibia, par M. Laborie; un exemple d'arrachement de l'épiphyse inférieure du fémur, par M. Rougon, dont le rapporteur, M. Dolbeau, a demandé l'insertion au bulletin; nous aurons donné une idée à peu près complète de ce qu'il nous a été donné d'étudier sur ce sujet, pendant le cours de l'année.

Les affections articulaires ont été l'occasion de communications et de discussions importantes.

La luxation sous-glénoïdienne de l'humérus est assez rare pour que

Malgaigne n'ait pu en réunir que douze exemples. Par un singulier concours de circonstances, MM. Broca, Dolbeau, Verneuil et moi, avons pu récemment en observer chacun un exemple, dont nous vous avons communiqué les observations.

Il est toujours intéressant, sans doute, de venir compléter l'histoire d'une lésion rare; mais votre attention est surtout attirée lorsque surgit quelque question relative aux affections plus communément observées. Déjà, vous avez longuement discuté sur la coxalgie, mais lorsque M. Bouvier est venu vous montrer les services que l'on était en droit d'attendre de son appareil en cuir moulé, une nouvelle discussion s'est immédiatement élevée. Des remarques présentées par l'auteur, par MM. Giraldès, Verneuil, Guersant, Le Fort, Demarquay, Chassaignac, il résultait que cet appareil pouvait être utilisé au début, avant toute déformation, ou à la fin de la maladie, après redressement complet. MM. Le Fort et Verneuil ont cherché plus tard à réaliser des appareils qui pussent également être appliqués pendant la période de déformation et permettre, à l'aide d'ingénieux mécanismes, le redressement graduel. Mais tous ces appareils n'ont pas fait oublier à leurs auteurs eux-mêmes les services que peuvent rendre, en toute circonstance et entre toutes les mains, les bandages inamovibles.

C'est à la hanche que l'on a eu le plus souvent occasion d'observer ces affections désignées sous le nom de luxations spontanées ou congénitales, en raison de l'étiologie la plus généralement acceptée.

M. Verneuil a voulu introduire dans l'étiologie de ces déplacements spontanés un nouvel élément, selon lui, beaucoup trop négligé. D'après notre collègue, ces luxations reconnaîtraient souvent pour causes la paralysie et l'atrophie des muscles pelvi-trochantériens : en conséquence, il propose de les appeler luxations paralytiques du fémur.

Je ne puis rappeler ici l'argumentation opposée par MM. Bouvier et Broca à la théorie nouvelle de M. Verneuil.

MM Bouvier et Broca se sont constitués les défenseurs de la congénialité des lésions qui déterminent les luxations, et, tout en admettant que l'atrophie musculaire puisse, en effet, jouer un rôle dans leur production , nos honorables collègues sont demeurés d'avis que l'état d'atrophie des muscles pelvi-trochantériens ne pouvait, jusqu'à démonstration plus complète, être admis comme étiologie principale.

Cet état singulier des muscles qui, par leurs contractions spasmodiques, s'oppose au libre usage des doigts et que l'on a désigné sous le nom de crampe des écrivains, parce qu'il est surtout le résultat de l'usage habituel ou excessif de la plume, a été l'objet d'une com-

munication de M. Désormeaux. Notre collègue est venu nous montrer un nouvel appareil destiné à remédier à cette infirmité. Nous ne pouvons prévoir quelle en sera l'utilité, mais on est bien obligé de rappeler, ainsi que l'ont fait MM. Larrey, Trélat, Demarquay, Després, que ces ressources sont aussi nombreuses que précaires, et qu'il faut presque pour chaque cas recourir à un nouvel artifice.

La chirurgie acquiert une certitude presque absolue, au contraire, lorsqu'il s'agit de déterminer le mode de traitement auquel elle aura recours lorsqu'une artère est lésée ou malade. Cependant une observation de M. Tillaux nous a montré que le chirurgien pouvait exceptionnellement se trouver dans l'embarras, et que le diagnostic ordinairement si net de l'anévrysme artériel et de l'anévrysme artérioveineux était, sous l'empire de certaines modifications dues à l'inflammation, à peu près impossible.

Plusieurs faits ont déjà démontré que la carie du rocher pouvait entraîner l'ulcération de la carotide interne, et déterminer, à travers le conduit auditif externe et la trompe d'Eustache, les hémorrhagies les plus graves. A propos du fait intéressant que nous a communiqué M. Broca, M. Chassaignac a rappelé ceux que déjà il avait publiés. La ligature de la carotide primitive a été pratiquée par M. Broca, mais il préférerait en principe la ligature de la carotide interne comme devant plus sûrement mettre à l'abri du retour de l'hémorrhagie.

Il est un certain nombre de questions qui sont pour ainsi dire d'une façon permanente à l'ordre du jour de la Société de chirurgie. Nous aurions pu faire cette remarque à propos de la coxalgie, nous pourrions la renouveler à propos de plusieurs autres sujets ; mais nous ne voulons, en ce moment, faire aucune allusion qu'au traitement de la constriction permanente de la mâchoire et des polypes naso-pharyngiens.

M. Boinet nous a présenté une pièce anatomique provenant d'une jeune fille deux fois opérée par lui, deux fois montrée à ses collègues, et qui a succombé cette année à une affection intercurrente. La première opération avait simplement consisté dans la section de la branche du maxillaire avec une pince de Liston ; la récidive avait été complète. La seconde fois, en 1863, le chirurgien enleva un morceau cunéiforme du maxillaire, et depuis les mouvements de mastication étaient demeurés possibles.

L'examen de la pièce n'a qu'imparfaitement satisfait MM. Guérin, Després et Larrey. Cependant, malgré la présence de jetées osseuses très-peu fortes, il était impossible de contester que la réunion des fragments ne fût fibreuse. Aussi, en répondant à M. Larrey, M. Verneuil, le promoteur des opérations d'Esmarch et de Rizzjoli, faisait-il

remarquer que la conciliation tendait aujourd'hui à se faire entre les chirurgiens qui, rebutés par quelques insuccès de l'ostéotomie, voudraient encore s'en remettre à la dilatation, et ceux qui soutiennent avec raison qu'il est des cas où seule l'ostéotomie plus ou moins étendue peut permettre d'espérer le retour de mouvements utiles.

Les polypes naso-pharyngiens ont donné lieu à une discussion plus longue et plus animée. La nécessité d'une opération préliminaire a été à plusieurs reprises posée et acceptée; mais les chirurgiens n'ont encore pu se résoudre à accepter comme définitive cette sentence qui les oblige à mutiler plus ou moins gravement un malade pour rendre possible l'opération qu'ils ont à lui faire subir.

M. A. Guérin nous a donné l'intéressante observation d'un fait où il a pu très-heureusement détruire un énorme polype sans opération préliminaire d'aucune sorte, en déracinant à l'aide de la rugine les implantations de la tumeur à la base du crâne. Les remarques de M. Dolbeau et les indications des nouvelles opérations faites par M. Nélaton, à l'aide de l'électrolyse, montrèrent aussi que pour l'auteur d'une des plus célèbres opérations préliminaires le dernier mot de l'art ne serait dit que lorsqu'on pourrait épargner aux malades toute mutilation préalable. Dans le cours de la discussion qui porta surtout sur la méthode électrolytique, M. Legouest proposa la destruction répétée de la tumeur, à l'aide d'une pince agissant comme l'entérotome. Notre collègue a développé les raisons qui lui font espérer que l'on pourrait ainsi lasser la récidive et arriver à l'âge où ces polypes n'ont plus que bien peu de tendance à se produire. Ces idées ont trouvé dans M. Velpeau un approbateur. MM. Chassaignac et Demarquay se sont surtout appliqués à montrer que, lorsque l'on adopte comme opération préliminaire la destruction du maxillaire supérieur, cette destruction ne devait être que partielle. Plus tard, lorsque M. Ollier est venu exposer son procédé par la voie nasale qu'il a désigné sous le nom d'ostéotomie verticale et bilatérale, M. Chassaignac a revendiqué la première idée de l'application de cette méthode. Le déplacement des os du nez ou du maxillaire appartient en effet à la Société de chirurgie, dans la personne de MM. Chassaignac et Huguier, et non à Langenbeck. Cette affirmation de M. Verneuil est, en effet, l'expression véritable des faits. Toujours est-il que dans ces discussions s'est affirmé encore ce désir aujourd'hui si général de limiter autant que possible l'action de l'instrument tranchant, de conserver et non de détruire. Mais il est un autre enseignement qui ressort des discussions et des faits consignés dans votre bulletin à propos des polypes naso-pharyngiens. C'est que l'on ne saurait adopter une méthode absolue. Comment ne pas reconnaître cette

vérité en présence du succès incontestable de M. Guérin, de ceux plusieurs fois obtenus par l'arrachement, de celui dont M. Broca est venu nous entretenir, et où la ligature aujourd'hui si délaissée a été mise en usage, de ceux enfin qui ont été dus à l'action destructive de l'électrochimie.

Bien peu d'années se passent sans que des présentations ou des discussions importantes ayant les maladies des yeux pour objet se produisent devant la Société. Cette année, à propos de communications de M. Serres d'Alais, a eu lieu une longue discussion sur l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. Vous avez successivement entendu sur cette question MM. Velpeau, Follin, Chassaignac, Giraldès, Depaul, Blot, Trélat, Marjolin, Le Fort et moi-même. En présence d'une affection qui, le plus souvent, guérit par l'emploi des moyens les plus simples, qui dans d'autres circonstances peut, au contraire, rapidement entraîner la perte de l'œil, et sur l'évolution de laquelle les conditions offertes par le milieu où l'on observe, ou par le sujet observé, ont une influence si marquée, on comprend que des divergences se soient produites dans les appréciations des effets de tel ou tel moyen thérapeutique. Cependant l'efficacité non douteuse des lavages ou irrigations intra-oculaires si bien démontrée autrefois par M. Chassaignac, la nécessité de modifier, dans la plupart des cas, l'inflammation de la muqueuse palpébrale par les applications d'un collyre astringent ou cathérétique ont réuni tous les suffrages ; de même que vous avez généralement préféré l'emploi des solutions portées à l'aide du pinceau ou instillées entre les paupières, à celui si souvent dangereux du crayon de nitrate d'argent.

M. Follin a eu l'occasion d'étudier devant vous un cas fort curieux de luxation spontanée du cristallin. Les troubles de la vision, déterminés par la position anomale des lentilles, ont été savamment analysés par notre collègue.

M. Tillaux vous a montré un cas de luxation traumatique du cristallin. La lentille était sous la conjonctive, comme il arrive le plus ordinairement ; mais notre collègue a surtout attiré votre attention sur un signe nouveau de cette lésion, l'aplatissement de la paupière supérieure au niveau de la cornée, aplatissement très-appréciable lorsque l'œil est fermé.

Vous avez pu juger de l'ingénieuse construction et de l'incontestable utilité de l'œil artificiel imaginé par M. Perrin pour faciliter les exercices ophthalmoscopiques. C'est un véritable service rendu par notre collègue à une partie de la science qu'il étudie avec distinction.

Vous avez entendu enfin la lecture d'un mémoire de M. Galezowski

sur le traitement des affections de la cornée par la fève de Calabar.

Les affections de la bouche n'auraient apporté qu'un faible contingent à vos séances si M. Trélat n'était venu vous donner connaissance de l'opération de palatoplastie qu'il a pratiquée à la Maternité, chez une femme adulte et pour une perforation accidentelle. La question de la palatoplastie est d'ailleurs depuis longtemps portée devant la Société par les communications de M. Ehrmann et celles de MM. Ollier, Sédillot, Marmy. Dans le fait de M. Trélat, le manuel opératoire, et en particulier l'emploi d'une aiguille en hameçon, sont surtout à remarquer. Cette opération, habilement et facilement conduite, fut compromise ultérieurement dans ses résultats par une maladie de la cicatrice; et vous avez entendu, lors de la discussion qui a surtout porté sur le procédé opératoire, M. Depaul raconter deux faits semblables survenus après des opérations de bec-de-lièvre primitivement réussies. Dans la discussion, M. Trélat a défendu cette idée que, dans la palatoplastie, les aiguilles destinées à la staphyloraphie ou les aiguilles américaines, préconisées par M. Verneuil, ne pouvaient être utilisées; qu'à des difficultés toutes spéciales il fallait opposer un outillage particulier.

Nous vous avons montré, pour notre part, un exemple de dilatation congénitale du conduit de Warthon, observé chez un nouveau-né. Rapproché du cas de M. Stoltz, ce fait prouve que la sécrétion salivaire s'établit avant la naissance comme la sécrétion de l'urine, ainsi que l'a fait voir M. Depaul, et que des tumeurs liquides du plancher de la bouche peuvent être constituées par le conduit de Warthon distendu par la salive sous-maxillaire.

M. Demarquay vous a montré un cancer du pharynx et de l'œsophage, que nous ne faisons que mentionner. M. Verneuil, en mettant sous vos yeux un rétrécissement syphilitique de la trachée, a provoqué, de la part de MM. Chassaignac et Demarquay, le récit de très-intéressantes opérations, pratiquées dans le but de permettre la respiration aux malheureux sujets atteints de cette terrible lésion. La trachéotomie, pratiquée dans des cas semblables, présente des difficultés et des indications toutes spéciales; de semblables observations sont bien faites pour attirer l'attention des chirurgiens.

Deux faits intéressants de fistules congénitales du cou nous ont été communiqués par MM. Serres (d'Alais) et Sarazin. Dans les deux cas la guérison a été obtenue, mais par des moyens bien différents. C'est à l'aide de l'injection iodée que M. Serres a guéri sa petite malade, tandis que M. Sarazin a disséqué et enlevé tout le trajet fistuleux. Ces méthodes sont certainement rationnelles, mais le succès de

M. Serres commande désormais d'essayer l'injection irritante avant d'arriver à l'emploi de l'instrument tranchant.

Vous savez tous, messieurs, combien vos bulletins sont riches de faits relatifs aux maladies de l'intestin. Le volume de cette année fera exception sous ce rapport. La très-intéressante observation de M. Labbé est le seul spécimen important dans l'espèce. Il s'agissait, vous vous le rappelez, d'une hernie obturatrice, observée chez une vieille femme de la Salpêtrière. Nous mentionnerons les deux faits d'anus contre nature adressés par M. Patry. La suture amena la guérison. Nous savons que la disposition des bouts de l'intestin peut expliquer de semblables succès, et M. Chassaignac nous a rappelé qu'il en avait obtenu par ce procédé, mais nous n'ignorons pas qu'il ne peut être que très-exceptionnellement employé.

Un nouveau brise-pierre, de M. Colson, un nouveau porte-caustique uréthral de M. Demarquay, un mémoire de M. Devalz, sur l'hypertrophie sénile de la prostate, sont les seules contributions aux maladies de l'urèthre et de la vessie que j'aie à vous signaler.

Mais je dois arrêter un instant votre attention sur la discussion relative aux tumeurs du testicule et à la castration.

Le diagnostic des tumeurs du testicule a d'abord été mis en cause. Les observations de M. Laborie, les remarques de M. Demarquay, de M. Després, de M. Panas, ont servi une fois de plus à bien indiquer les difficultés du diagostic. Mais vous serez de l'avis de M. Verneuil, en reconnaissant que les grandes difficultés du diagnostic ne sont qu'exceptionnelles, bien qu'il faille reconnaître que c'est pour ce genre de tumeurs qu'elles se présentent plus volontiers.

C'est à propos de la castration que des faits importants de pratique chirurgicale ont été indiqués. La gravité de la castration n'est pas admise par tous les chirurgiens. M. Verneuil avait été tenté de la nier alors que M. Demarquay l'affirmait, et cependant notre consciencieux collègue reconnaissait, dans la séance suivante, en nous fournissant les résultats de sa statistique personnelle, que cette opération pouvait être considérée comme grave. MM. Chassaignac, Demarquay et Verneuil, et celui-ci surtout, ont insisté sur les hémorrhagies veineuses qui peuvent suivre l'ablation du testicule. Cet accident, peu étudié jusqu'à présent, mérite cependant, d'après les faits exposés, toute la sollicitude du chirurgien.

La question de la décortication, proposée par Dupuytren pour la cure de l'hématocèle de la tunique vaginale, mais surtout perfectionnée et préconisée par M. Gosselin, a été l'objet de remarques importantes. La légitime autorité de ce chirurgien l'avait fait admettre dans la pratique. Les observations présentées par MM. Demarquay et Panas,

viendraient corroborer l'opinion des chirurgiens qui pensent que le procédé ancien doit être préféré, vu les dangers de la décortication. Vous avez été moins affirmatifs à l'égard de la meilleure méthode à suivre pour l'amputation du testicule. L'écrasement linéaire sans ligature du cordon, la ligature en masse de cet organe ou la ligature partielle imaginée par Cheselden, se sont partagé vos préférences. Il semblerait en résulter que les avantages de ces méthodes peuvent se compenser, mais il vaut mieux conclure à la nécessité d'un nouvel examen de la question.

Les maladies de l'utérus ou de ses annexes ont été, à plusieurs reprises, étudiées devant nous. A propos d'une autopsie fort intéressante, M. A. Guérin a de nouveau soulevé la question du phlegmon péri-utérin et de la pelvi-péritonite. Cette question, si bien mise en lumière par les gynécologistes de notre pays, provoque encore de nouvelles recherches; l'importance de la pièce de M. Guérin, montrant la suppuration du tissu cellulaire péri-utérin, n'échappera à personne. Les autopsies sont d'autant plus nécessaires que le diagnostic sur le vivant, ainsi que l'a dit M. Guérin, est le plus souvent très-difficile, sinon impossible.

Le mentionnerai le polype fibreux, formé de plusieurs tumeurs réunies dans une même enveloppe, qui vous a été montré par M. Désormeaux. Ce n'est pas une forme commune de cette espèce de tumeur.

Un médecin français, M. Chassin, a eu l'occasion de pratiquer, au Mexique, l'amputation de l'utérus dans un cas d'inversion complète et ancienne. L'opération, sagement conduite à l'aide de la ligature, a pleinement réussi. Ce fait vient se joindre à ceux qui permettent de considérer cette opération comme parfaitement indiquée en semblable circonstance.

Mais aujourd'hui, ce n'est plus là la limite de la hardiesse chirurgicale. La barrière du péritoine, si longtemps respectée, a été franchie, et les chirurgiens de notre pays pratiquent l'ovariotomie, autrefois réprouvée par eux. Une observation de M. Aubrée (de Rennes), sur laquelle M. L. Labbé vous a lu un rapport, un autre fait, dû à M. Marion-Sims, vous ont été présentés. Ce sont deux succès. On peut encore considérer qu'il est utile de montrer que l'ovariotomie peut réussir dans notre climat et dans nos murs, mais aujourd'hui que s'est établie la croyance au succès de semblables tentatives, nous ne saurions trop demander, avec MM. Velpeau et Depaul, que les sociétés savantes fussent informées, avec la même sollicitude, des revers inévitables qui doivent accompagner d'aussi graves opérations. Les insuccès ne peuvent plus compromettre l'ovariotomie; il est

nécessaire de les bien connaître pour bien apprécier les causes qui les peuvent expliquer.

Nous indiquerons ici, mais d'une manière sommaire, plusieurs faits sur lesquels il eût été intéressant pour nous de nous arrêter. Nous avons à ménager votre attention, et nous vous la demanderons ensuite pour quelques moments encore. Nous aurons en effet à vous rappeler, dans une dernière partie, plusieurs questions importantes déjà discutées devant la Société ou dont la discussion est actuellement pendante.

Les faits dont nous ne faisons que l'énumération pourraient, pour la plupart, être rangés sous le titre de tumeurs. Seul, un vice de conformation doit être indiqué à part. C'est celui qui vous a été envoyé par M. H. Dumont (de la Havane), sur lequel M. Tillaux nous a lu un rapport. Il s'agissait, d'après le rapporteur, d'une ectromélie. Une discussion engagée entre MM. Broca, Verneuil et Trélat, plus tard, une communication intéressante de M. Trélat, ont montré combien il est embarrassant de trouver place dans les genres créés par Geoffroy Saint-Hilaire, pour certaines monstruosités. Celle qui nous occupe aurait pu, d'après les errements adoptés, être rangée dans les genres ectromèle ou micromèle. De là, la nécessité d'une sorte de classement mixte, déjà pressenti par Geoffroy Saint-Hilaire lui-même et sur la nécessité duquel a insisté M. Trélat.

Au nombre des tumeurs les plus intéressantes, je vous signalerai le lipôme de la langue, enlevé par M. Follin, à l'aide de la galvanocaustique; le lipôme sous-aponévrotique de la main, présenté par M. Boinet. Il vous souvient, sans doute, que tous les membres de la Société qui ont examiné cette tumeur avaient cru à l'existence d'un kyste synovial.

M. Laborie vous a montré une tumeur fibro-plastique ou, mieux, embryo-plastique de la jambe, pour laquelle il pratiqua l'amputation de la cuisse. Notre collègue nous informait récemment que des récidives avaient amené la mort du malade quelques mois après l'opération.

M. Demarquay vous a montré une tumeur fibreuse du rectum heureusement enlevée avec l'écraseur linéaire. M. Pamard fils, d'Avignon, vous a montré une très-curieuse tumeur éburnée des fosses nasales, qu'il avait enlevée avec succès.

Je ne fais que vous rappeler la curieuse observation d'hydro-encéphalocèle envoyée par M. Belin, avec un rapport de M. Stoltz; la tumeur de la vulve présentée par M. Prestat, le molluscum éléphantiasique de M. Chedevergne, la petite tumeur formée par la protilération du tissu unguéal, qu'a étudiée M. Broca, et enfin, pour clore

cette liste de faits rares ou curieux, ces perforations spontanées du crâne offertes par M. Larrey. Ces curieuses lésions ont été dessinées dans nos bulletins.

Messieurs, les faits dont il me reste à vous entretenir mériteraient de plus grands développements ; c'est à peine si je pourrai indiquer leur importance.

La question des anesthésiques s'est représentée dans vos discussions sous une nouvelle forme. M. Bouvier est venu vous communiquer une observation de mort survenue sous le chloroforme chez un enfant de quatre ans. Un second enfant du même âge n'échappait qu'à grand' peine à des accidents très-graves dus à la même cause. Que devenait, en présence de ce fait que notre collègue empruntait à M. Hüter, que devenait l'immunité accordée à l'enfance? Au moins serait-il nécessaire, demandait M. Bouvier, d'abaisser au-dessous de quatre ans la période d'immunité que les statistiques permettaient d'élever au-dessous de sept ans. M. Giraldès venait de rappeler un cas de Casper chez un enfant âgé de moins de quatre ans, et déclarait nettement que, pour lui, l'immunité de l'enfance n'existait pas.

Fallait-il conclure que le chloroforme ne devait pas être administré aux enfants, ou qu'il ne fallait plus ne le donner, comme chez l'adulte, que pour les opérations graves? en rester privé pour les examens ou explorations difficiles? En aucune façon, car le chloroforme est, en définitive, peu dangereux d'une manière absolue, et surtout chez les enfants. Il faut donc continuer à s'en servir, et cela au grand bénéfice des petits patients, dont on ne pourrait souvent triompher d'une autre façon.

Telle a été, en effet, l'opinion de la Société.

Mais la discussion s'était écartée de son point de départ, et M. M. Perrin avait soutenu avec beaucoup de force, contre M. Le Fort, que le chloroforme n'agissait pas sur les globules sanguins, que les malades chloroformés étaient, avant tout, exposés à la syncope. De là des règles de traitement, des règles d'administration du chloroforme vivement rappelées par MM. Chassaignac et Giraldès, règles auxquelles chacun doit s'astreindre, règles qu'il faut enseigner et apprendre avant d'administrer le puissant anesthésique.

Quelque sommaire que soit ce résumé, peut-être en ai-je assez dit pour donner une idée de l'importance de cette nouvelle discussion qui a eu, comme corollaire presque obligé, une nouvelle exhibition des moyens destinés à pratiquer l'anesthésie locale.

L'éther pulvérisé, et dont le jet est projeté sur la partie à insensibiliser, ou le sulfure de carbone proposé par M. Delcominète, tels sont les moyens que vous avez étudiés. Il est résulté des observations pré-

sentées par MM. Le Fort, Foucher, Velpeau, Désormeaux, Laborie, Perrin, Labbé, Broca, que l'emploi de ces moyens ne saurait faire renoncer au réfrigérant le plus usuel, à la glace, et que l'anesthésie ainsi provoquée n'était que superficielle et passagère. On ne saurait cependant méconnaître que le jet d'éther pulvérisé ait une puissance de réfrigération plus grande que l'éther versé sur une partie et vaporisé à l'aide du soufflet, mais il cède au sulfure de carbone comme rapidité et intensité de réfrigération.

L'une des grandes questions qui préoccupent chaque année la Société, est celle des amputations. A part quelques communications sur les moignons coniques, la Société s'est seulement occupée des amputations susmalléolaires ou tibio-tarsiennes. C'est un de vos sujets privilégiés. Aujourd'hui complétement réhabilitées parce qu'elles exposent, moins la vie des opérés, les amputations de l'extrémité inférieure de la jambe ont les préférences de tous les chirurgiens. Mais doit-on, en principe, préférer l'amputation susmalléolaire à l'amputation tibio-tarsienne? C'est là ce que M. Laborie a défendu devant vous. Il est incontestable que l'amputation susmalléolaire pratiquée à lambeau postérieur épais et long, avec une cicatrice antérieure, donne les meilleurs résultats, et M. Laborie vous en a montré de très-beaux spécimens. M. Verneuil a, de son côté, apporté à l'appui de l'amputation tibio-tarsienne de très-bons résultats. Mais il convient que, chez les lymphatiques ou les scrofuleux, la cicatrisation, vu l'étendue des surfaces, serait plus longue à obtenir. Néanmoins, la plus grande longueur du membre, le point d'appui plus large, le résultat parfait lorsque l'on prend le lambeau à la manière de J. Roux (de Toulon), assurent à cette amputation une incontestable utilité dans les cas de traumatisme. Nous n'insisterons pas davantage sur ce sujet, qui a été l'objet d'observations présentées par MM. Laborie, Verneuil, Larrey, Le Fort et Désormeaux.

Les moyens à opposer aux maladies qui enlèvent nos blessés ou nos opérés devaient encore attirer votre attention. Mais les causes qui peuvent déterminer les revers chirurgicaux ne devaient pas moins vivement l'éveiller.

Bien différente de ce qu'elle était encore au commencement de ce siècle, la chirurgie veut être de plus en plus médicale. Aussi la communication de M. Verneuil sur les gangrènes diabétiques, et les sollicitations qu'il nous a adressées relativement à l'étude de l'influence des diathèses sur le résultat des opérations, ont-elles reçu l'accueil le plus empressé. Tout en établissant des réserves très-nettement exprimées par M. Larrey, chacun de nous est disposé à tenir compte, chez ses opérés, de tout ce qu'un examen médical vraiment

scientifique et complet saura lui apprendre. Quant à la question des indications, ou plutôt des contre-indications apportées à l'emploi des moyens chirurgicaux chez les diabétiques, par exemple, elle ne pourra être posée que lorsque des faits auront été recueillis. Les préceptes les plus rationnels ont été formulés par MM. Legouest, Larrey, Trélat, Demarquay; mais, ainsi que l'a remarqué M. Legouest lui-même, la question reste encore tout entière.

Vous avez entendu lire et discùter, dans vos dernières séances, les rapports présentés par M. L. Labbé sur les moyens préconisés par MM. Labat (de Bordeaux) et notre collègue dans les hôpitaux, M. Marc Sée, contre l'infection purulente. L'ergotine vous a inspiré peu de confiance, parce que cette préparation ne semble pas renfermer les principes véritablement thérapeutiques de l'ergot. Les pansements à l'alcool, qui aujourd'hui renaissent et dont on généralise l'emploi, ont été ingénieusement étudiés et employés par M. Sée; mais ce sont là des questions encore à l'étude que vous voyez entreprendre avec plaisir, et dont vous voudriez favoriser la réussite.

Mais il faut le reconnaître, les questions d'hygiène dominent aujourd'hui vos préoccupations quand il s'agit d'assurer le résultat des opérations. Déjà vous avez affirmé cette tendance dans la discussion sur l'hygiène des hôpitaux en général. Cette année, vous l'avez mieux établie encore en discutant sur l'hygiène des maternités. J'ai été trop directement mêlé à ce débat pour faire autre chose que le rappeler. Mais je faillirais à mes convictions si je ne déclarais encore une fois que l'utilité d'une hygiène bien entendue, scientifique en un mot, est la base sur laquelle doit s'appuyer la prophylaxie des affections puerpérales. Dans cet ordre de travaux, vous avez donc encore fait œuvre d'utilité, et l'ouvrage de M. Le Fort, les communications de MM. Tarnier et Trélat marqueront parmi vos travaux. L'avis qu'a bien voulu nous demander notre collègue, M. Oré, à propos de la maternité de Bordeaux, était une marque de flatteuse estime à laquelle nous nous sommes empressés de répondre.

Messieurs, d'importantes discussions sont, vous le voyez, engagées devant la Société, et y seront tôt ou tard reprises. Je pourrais ajouter à celles dont je vous ai indiqué le sujet, celles qui déjà sont indiquées sur le traitement de l'arthrite purulente, ou qui déjà sont brillamment inaugurées sur le trépan, par exemple.

Mais ce serait empiéter sur vos travaux à venir, lorsque je sens que je n'ai pu qu'à grand'peine vous donner l'aperçu rapide de ceux que vous m'aviez chargé de recueillir pendant le cours de cette année.

RAPPORT SUR LE PRIX DUVAL.

Messieurs,

La Société de chirurgie a reçu cette année, pour le concours du prix Duval, plusieurs thèses possédant de réelles qualités.

Celles de M. Nicaise, sur les lésions de l'intestin dans les hernies; de M. Spiess, sur l'intervention chirurgicale dans la rétention d'urine; de M. Rondeau, sur les affections oculaires réflexes et l'ophthalmie sympathique, méritent les éloges les plus sincères.

C'est avec regret, et pour ne pas amoindrir les récompenses que vous décernez en les multipliant, que votre commission a dû se borner à vous les signaler.

Parmi les bonnes thèses confiées à votre examen, deux nous ont semblé meilleures que les autres, et ont été l'objet d'une sérieuse attention : ce sont celles de M. Desmares (du Havre), sur les applications de l'iridectomie au traitement de la cataracte, et de M. Louis Thomas, sur la pneumatocèle du crâne.

Permettez-moi de vous donner un aperçu rapide de ces deux travaux remarquables à des titres différents.

M. Desmares n'a pas étudié l'iridectomie en général; il a préféré, et je l'en félicite hautement, circonscrire son sujet au traitement de la cataracte, et il l'a étudié avec un soin extrême. Il s'agissait là, messieurs, d'une question fort controversée. Ayant été élevés, comme le disait naguère M. Richet au sein de la Société, dans la crainte de blesser l'iris pendant l'opération de la cataracte, ce n'est pas sans un profond étonnement que nous vîmes ériger en méthode ce que nous considérions comme un accident des plus fâcheux. Vous savez que certains chirurgiens, M. de Graefe entre autres, font toujours la section de l'iris avant d'extraire le cristallin, tandis que la plupart des chirurgiens français considèrent encore cette pratique comme au moins inutile. M. Desmares s'est proposé de rechercher les indications et les contre-indications de cette opération. S'inspirant de la lecture attentive et prolongée de tout ce qui a été écrit à cet égard, visitant les hôpitaux et les cliniques spéciales, notre jeune confrère est arrivé, dans ce sujet obscur et difficile, à poser des conclusions dont la justesse a frappé votre commission.

Il repousse l'iridectomie comme méthode générale appliquée au traitement de la cataracte, et, sauf les cas spéciaux qu'il détermine, la réserve pour les cataractes compliquées. Ainsi :

Dans tous les cas où il y a un état inflammatoire chronique des membranes internes de l'œil;

Lorsque des inflammations antérieures ont laissé des synéchies, des fausses membranes pupillaires;

Dans le cas de leucome central de la cornée;

Lorsqu'il y a une complication de glaucome;

Dans les cas de fausse cataracte qu'on ne peut opérer par la discision, etc.

En résumé, messieurs, M. Desmares a fait un travail essentiellement original; il a traité avec lucidité un sujet neuf et obscur, et a rendu ainsi service à la science.

Alors qu'il était interne de M. le professeur Denonvilliers, à la Charité, en 1865, M. Thomas eut l'heureux hasard d'observer un malade affecté d'une tumeur fort singulière du crâne. Elle occupait toute la partie latérale droite de la tête, depuis l'apophyse orbitaire externe et l'apophyse mastoïde, jusqu'à la suture sagittale. A la percussion, elle rendit un son tympanique : c'était une tumeur gazeuse. Aidé des conseils de son savant chef de service, M. Thomas étudia soigneusement son malade. Recherchant ensuite les cas analogues, mettant à profit l'observation de M. Jarjavay, le mémoire de M. Costes (de Bordeaux), il nous a donné une monographie fort intéressante, et la pathologie chirurgicale s'est enrichie de l'histoire complète d'une maladie dont la plupart ne soupçonnaient pas l'existence.

Voici en quelques mots ce qui forme le fond du travail de M. Thomas :

Sans que l'on puisse invoquer ni le traumatisme ni l'inflammation, il se produit, chez quelques très-rares sujets, une atrophie d'abord, et plus tard une perforation de la table externe des os du crâne au niveau des sinus frontaux et des cellules mastoïdiennes. Il en résulte un passage de l'air atmosphérique entre le péricrâne intact et les os de la tête. Sous l'influence des expirations forcées, l'air s'engageant fortement, soit dans les sinus frontaux, soit dans l'oreille moyenne, soulève peu à peu le pécricrâne, le décolle. Mais cette membrane adhérant fortement aux sutures, on conçoit de suite la formation d'une tumeur gazeuse très-bien limitée.

Un fait remarquable, qui paraît être constant et sur lequel insiste l'auteur, c'est l'altération de l'os en contact avec l'air. Au lieu d'une surface lisse, ce ne sont plus que saillies et dépressions irrégulières. Cette curieuse lésion est certainement liée au décollement du péricrâne, car elle disparaît rapidement lorsque l'enveloppe fibreuse est maintenue appliquée sur le plan osseux.

Le gaz contenu a été analysé par M. Fordos, pharmacien de la

Charité. C'est de l'air atmosphérique tel qu'il se modifie au contact de nos tissus : augmentation d'azote et d'acide carbonique, diminution d'oxygène.

Il n'est pas nécessaire, messieurs, d'insister sur les symptômes, qui se devinent aisément, une fois connue la nature de la maladie.

M. Thomas conseille avec raison, pour tout traitement, une compression méthodique.

Après avoir étudié et discuté la valeur comparative des deux thèses dont je viens de vous présenter une courte analyse, votre commission vous propose :

Décerner le prix Duval à M. le docteur Louis Thomas (de Tours), pour sa thèse sur le pneumatocèle du crâne.

Une mention honorable à M. le docteur Desmares (du Havre), pour sa thèse sur les applications de l'iridectomie au traitement de la cataracte.

FIN DU TOME SEPTIÈME.



TABLE

ALPHABÉTIQUE ET ANALYTIQUE

DES MATIÈRES

RÉDIGÉE PAR LE SECRÉTAIRE ANNUEL.

A

B

C

G

H

I

J

L

M

O

P

R

S

T

U

V

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

TABLE DES AUTEURS

G

H

J

L

M

N

O

P



PARIS. — J. CLAYE, IMPRIMEUR, 7, RUE SAINT-BENOIT.